BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

TRAITÉ

DE

THÉRAPEUTIQUE

APPLIQUÉE

LISTE DES COLLABORATEURS

ACHARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.
ARNOZAN, professeur à la Faculté de Bordeaux.
AUBERT, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUDRY, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris.
BALLET, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BALZER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BARBE, chef du laboratoire de dermatologie à l'hôpital Saint-Antoine.
BARDET, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique.*
BARIÉ, médecin de l'hôpital Tenon.
BARTH, médecin de l'hôpital Necker.
BAUMEL, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
BERGÉ, ex-interne des hôpitaux de Paris.
BESNIER, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BLANCHARD, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
BLIN, médecin de l'hospice de Vaucluse.
BOINET, médecin des hôpitaux, agrégé des Facultés, professeur à l'École de Marseille.
BOISSARD, accoucheur de l'hôpital Tenon.
BOUILLY, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin.
BOURCY, médecin de l'hôpital Tenon.
BRAULT, médecin de l'hôpital Tenon.
BRISSAUD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BROCQ, médecin de l'hôpital Broca.
BROUSSE, prof. agrégé à la Faculté de Montpellier.
BUCQUOY, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
BUDIN, membre de l'Académie de médecine, accoucheur de la Maternité.
CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur à Lille.
CAPITAN, assistant de consultation à la Pitié.
CATRIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
CHANDELUX, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.
CHARPENTIER, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
CHASLIN, médecin de l'hospice de Bicêtre.
CHAUFFARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Cochin.
CHEVALLEREAU, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.
DALCHÉ, médecin des hôpitaux de Paris.
DREYFUS-BRISAC, médecin de l'hôpital Laribosière.
DUBREUILH, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, médecin des hôpitaux.
DUCAMP, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
DU CASTEL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
DUMONTPALLIER, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
ESTOR, professeur à la Faculté de Montpellier.
ÉTIENNE, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
FAISANS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
FÉRÉ, médecin de l'hospice de Bicêtre.
GALLIARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.
GAUCHER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GELLÉ, membre de la Société de biologie.
G. DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Hérold.
GIRAUDEAU, médecin de l'hôpital Tenon.
GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Laribosière.
GRASSET, professeur à la Faculté de Montpellier.
HALLOPEAU, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hopital Saint-Louis.
HAUSHALTER, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
HIRTZ, médecin de l'hôpital Laennec.
HUCHARD, membre de l'Académie de médecine.
HUET, chef du laboratoire d'électrothérapie à la clinique de la Salpêtrière.
HUTINEL, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.
JANET, professeur suppléant au Collège de France, directeur du Laboratoire de psychologie de la clinique de la Salpêtrière.
JOFFROY, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'asile Sainte-Anne.
JOSIAS, médecin de l'hôpital Trousseau.
KALT, médecin de la clinique des Quinze-Vingts.
KELSCH, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon.
LABADIE-LAGRAVE, médecin de l'hôpital de la Charité.
LABORDE, membre de l'Académie de médecine.
LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.
LANNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.
LAVERAN, membre de l'Académie de médecine, médecin principal de 1re classe.
LELOIR, professeur à la Faculté de Lille.
LEMOINE, professeur à la Faculté de Lille.
LEREDDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
LONDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LUBET-BARBON, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LYONNET, médecin des hôpitaux de Lyon.
MAGNAN, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'asile Sainte-Anne.
MAIRET, doyen de la Faculté de Montpellier.
MANQUAT, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
MARIE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hospice de Bicêtre.
H. MARTIN, médecin de l'hôpital Tenon.
MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.
HENRY MEIGE, secrétaire de la rédaction de la *Revue Neurologique.*
MÉNIÈRE, médecin adjoint de l'Institution des Sourds-Muets.
MERKLEN, médecin de l'hôpital Laënnec.
MOLLARD, ex-chef des travaux biologiques à la Faculté de Lyon.
MOSSÉ, professeur à la Faculté de Toulouse.
MUSELIER, médecin de l'hôpital Laribosière.
NETTER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Trousseau.
ŒTTINGER, médecin de l'hôpital Broussais.
PANAS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
PARINAUD, ex-interne des hôpitaux de Paris.
PÉCHARMAN, médecin des asiles de la Seine.
PEYROT, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Laribosière.
PITRES, doyen de la Faculté de Bordeaux.
POZZI, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.
RAUZIER, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
RÉMOND, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.
RENAUT, professeur à la Faculté de Lyon.
RENDU, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker.
RICARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
RICHARDIÈRE, médecin de l'hôpital Trousseau.
RITTI, médecin de l'asile de Charenton.
SABOURAUD, chef du laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis.
SARDA, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
SCHMITT, professeur à la Faculté de Nancy.
SEGOND, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.
SÉRIEUX, médecin des asiles d'aliénés de la Seine.
SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
SOLLIER, ex-chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.
SPILLMANN, professeur à la Faculté de Nancy.
SPRINGER, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Charité.
STRAUS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon.
TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon.
TROISIER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon.
VALUDE, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.
VINAY, médecin de la Maternité de Lyon.
WEBER ancien interne des hôpitaux de Paris.
WEILL, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

TRAITÉ
DE
THÉRAPEUTIQUE
APPLIQUÉE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

ALBERT ROBIN

DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

FASCICULE XV

TRAITEMENT DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DEUXIÈME PARTIE

NÉVROSES — TROUBLES TROPHIQUES — MALADIES DES NERFS

PAR MM.

GILBERT BALLET
Professeur agrégé
à la Faculté de Paris.

GILLES DE LA TOURETTE
Professeur agrégé
à la Faculté de Paris.

E. BRISSAUD
Professeur agrégé
à la Faculté de Paris.

L. BAUMEL
Chargé du cours de clinique
des maladies des enfants à la Faculté
de Montpellier.

P. MARIE
Professeur agrégé
à la Faculté de Paris

CH. FÉRÉ
Médecin
de l'hospice de Bicêtre.

PIERRE JANET
Professeur suppléant
au Collège de France.

HENRY MEIGE
Secrétaire de la rédaction
de la *Revue Neurologique*.

EDGARD HIRTZ
Médecin
de l'hôpital Laënnec.

J. COMBY
Médecin
de l'hôpital des Enfants-Malades.

A. PITRES
Doyen
de la Faculté de Bordeaux.

H. RICHARDIÈRE
Médecin
de l'hôpital Trousseau.

M. LANNOIS
Professeur agrégé
à la Faculté de Lyon.

G. SARDA
Professeur agrégé
à la Faculté de Montpellier.

P. BOURCY
Médecin
de l'hôpital Tenon.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

J. WEILL-MANTOU

PARIS

RUEFF ET Cie, ÉDITEURS

106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

1898

Tous droits réservés.

MICROFILMED
AT HARVARD

22.A.482

BOSTON MEDICAL
MAR 24 1921
LIBRARY

BOSTON MEDICAL
MAR 24 1921
LIBRARY

TRAITEMENT

DES

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DEUXIÈME PARTIE

NÉVROSES — TROUBLES TROPHIQUES — MALADIES DES NERFS

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS PATHOLOGIQUES ET INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES

SUR LES

NÉVROSES

PAR

GILBERT BALLET,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Notions pathologiques.

Il y a dans la terminologie médicale des expressions qui reflètent, à travers les changements que subit leur signification, les progrès ou tout au moins les vicissitudes de la médecine elle-même. Que cette signification s'étende, se restreigne ou se transforme, chacune de ses modifications correspond à une étape du progrès. Quand Cullen en 1769 introduisit le mot *névrose* dans le vocabulaire pathologique, il l'appliqua « à tous

les états contre nature du sentiment et du mouvement où la pyrexie ne constitue pas une partie de la maladie primitive et à tous ceux qui ne dépendent pas d'une affection topique des organes, mais qui procèdent d'une affection plus générale du système nerveux ». Fort de ce criterium imparfait, il engloba sous le vocable nouveau, à côté de l'épilepsie, de la danse de Saint-Weit et de l'hystérie, des syndromes comme l'apoplexie, la dyspepsie, des symptômes comme les palpitations, la syncope et la dyspnée, des maladies infectieuses comme le tétanos et la coqueluche, des troubles de la nutrition comme le diabète. La nosologie de cette époque (comme celle d'ailleurs des années qui vont suivre, comme celle de Pinel, de Georget, de Dubois (d'Amiens), se ressent, on le voit, des incertitudes d'une pathologie encore dans l'enfance, dont l'horizon ne s'étend guère au delà de la symptomatologie et reste fermé aux notions élémentaires de la pathogénie.

A vrai dire, sommes-nous beaucoup plus avancés que nos devanciers? Prétendre le contraire serait sans doute une évidente exagération. Pourtant, même aujourd'hui, il serait difficile de donner des névroses une définition qui soit à l'abri de toute critique. Ces affections n'ont pas cessé de constituer un cadre d'attente où nous groupons un peu pêle-mêle des états morbides dont la symptomatologie plus ou moins complexe exprime un trouble des fonctions nerveuses (intellectuelles ou sensitives, motrices ou trophiques, vaso-motrices ou sécrétoires) qui n'est en relation directe avec aucune lésion organique connue ni avec aucun trouble humoral défini. Mais ce cadre s'est considérablement rétréci à mesure que la médecine a progressé : on serait surpris d'y voir placer aujourd'hui l'apoplexie et la syncope, le diabète ou la coqueluche. Il fut un temps peu éloigné de nous où l'on y mettait l'ataxie locomotrice, et si hier encore le tétanos y était rangé, il en a été définitivement exclu, pour prendre place parmi les maladies infectieuses. Du train dont vont les choses, on peut se demander si, dans un avenir prochain, quelque membre subsistera de l'ancien groupe des névroses.

Il est en effet, à l'heure actuelle, battu en brèche de toutes parts. La plus grande précision qu'on apporte à déterminer la place exacte qui revient dans une bonne classification nosologique au *symptôme*, au *syndrome* et à l'*affection*, permet d'éviter des confusions à la faveur desquelles on avait indûment surchargé ce groupe. D'un autre côté, les progrès de l'histologie pathologique et de la pathologie humorale autorisent à rattacher à des altérations bien ou incomplètement définies mais positives des solides ou des liquides, des troubles fonctionnels jusque-là considérés comme indépendants et dans une certaine mesure autonomes. Une revue sommaire va montrer par quelques exemples à quel point l'édifice est vermoulu et s'il lui reste du moins quelques parties solides et encore résistantes.

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur les classifications des névroses, même les plus récentes, on voit que les auteurs, sans doute pour satisfaire aux exigences de la pratique, ont été conduits à méconnaître ou à perdre de vue la distinction fondamentale qu'on doit maintenir, en saine nosologie, entre une expression clinique et une affection caractérisée. Ils ont été ainsi amenés à décrire à côté des névroses de la sensibilité, où trouvent place les hyperesthésies (névralgies de diverses natures, myosalgies, hyperesthésies des sens), les anesthésies circonscrites ou diffuses, des névroses du mouvement, les unes à forme d'hyperkinésie (contractures, convulsions, spasmes de divers ordres), les autres à forme d'akinésies (paralysies des muscles de la vie de relation ou végétative). Il n'est pas nécessaire de beaucoup insister pour montrer combien une semblable façon d'envisager les choses est défectueuse. Un symptôme reste une expression clinique dont la pathogénie et l'étiologie sont plus ou moins bien établies, mais qu'on ne saurait élever au rang d'entité morbide. Que la névralgie faciale dépende d'une lésion avérée des os du crâne ou des méninges, d'une infection comme le paludisme, ou que sa cause prochaine nous échappe, pas plus dans un cas que dans l'autre elle ne mérite la dénomination de névrose. Ne

sait-on pas d'ailleurs qu'elle peut être une manifestation de l'hystérie? Auquel cas, en conservant la terminologie classique, cette névrose serait symptomatique d'une autre névrose. C'est la confusion introduite dans la nomenclature. On pourrait faire les mêmes remarques à propos des paralysies et des contractures, des spasmes et des anesthésies. Conservons donc aux symptômes leur valeur et leur dénomination de symptômes; leur place est dans un chapitre de *séméiologie*, non de *nosographie*.

Tout au plus, faute de mieux, peut-on provisoirement maintenir au nombre des névroses certains syndromes à physionomie plus spéciale, à pathogénie vague et indécise, comme la tropho-névrose faciale, l'asphyxie locale des extrémités avec l'érythromélalgie et l'acroparesthésie, les spasmes fonctionnels, la tétanie, les migraines. Mais il doit du moins rester bien entendu qu'il s'agit là d'une concession temporaire, et que cette concession, commandée pour l'heure par les exigences de la classification clinique, n'implique en aucune façon la reconnaissance de ces syndromes comme espèces morbides.

S'il se trouve quelques affections, parmi celles depuis longtemps décrites sous le nom de névroses, qui aient droit à cette appellation, c'est dans le groupe des névroses dites *générales* et *complexes* qu'il faut les aller prendre. On fait entrer habituellement dans ce groupe l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, la catalepsie, la neurasthénie, le goître exophtalmique, la maladie de Parkinson. Cette énumération suffit à montrer combien il est lui-même hétérogène ; déjà du reste on est autorisé à le réduire.

La *catalepsie*, par exemple, ne saurait plus prétendre au rang d'entité nosologique : elle n'est le plus ordinairement qu'une manifestation de l'hystérie ou l'accompagnement de certaines psychoses dépressives.

La *maladie de Parkinson* a été, faute de place ailleurs, classée parmi les névroses, mais tout indique qu'elle n'est pas appelée à s'y maintenir. On a justement fait remarquer que l'idée de névrose

implique celle d'une certaine variabilité de symptômes, que les alternances qu'on y observe éloignent la pensée d'une lésion immuable et définitivement acquise, et que précisément l'inverse se rencontre dans la paralysie agitante (Brissaud). Certes, si cette affection est sous la dépendance de lésions fixes, il faut reconnaître que nous ne savons ni quelles sont ni où sont localisées ces lésions ; celles qu'on a décrites dans les muscles, la moelle, la protubérance, les pédoncules sont inconstantes et contingentes. Quoi qu'il en soit, si l'on persiste à faire de la maladie de Parkinson une névrose, on est obligé de reconnaître qu'il s'agit là d'une névrose très différente des autres, non seulement par sa symptomatologie, mais surtout par son évolution progressive « qui ne se dément jamais jusqu'à la dernière heure ».

Bien que par ses affinités morbides, son étiologie, les fantaisies de sa marche, sa curabilité possible, le *goitre exophtalmique* présente des caractères qui portent à le considérer comme une névrose bulbaire, on n'ignore pas qu'une autre opinion rencontre aujourd'hui des partisans (Möbius, Renaut, Joffroy). D'après la manière de voir en question, la maladie de Basedow aurait sa place marquée parmi les organopathies : elle dépendrait d'une lésion primitive du corps thyroïde sur la nature de laquelle, d'ailleurs, il n'y a pas d'accord. Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse du point de départ de l'affection, qu'on admette ou non un trouble bulbaire primitif, il n'en paraît pas moins établi que la perturbation des fonctions du corps thyroïde et de sa sécrétion est l'intermédiaire non douteux entre les causes qui provoquent le goître exophtalmique et les symptômes par lesquels il se traduit. Un élément toxémique intervient dans la physiologie pathologique de la maladie de Basedow qui oblige à la considérer, sinon comme une organopathie, au moins comme une névrose à pathogénie très spéciale.

Le jour où, à la suite des observations de Bravais et de Jackson, on a connu l'épilepsie dite partielle et précisé les relations qui rattachent à certaines lésions corticales certaines formes de crises comitiales, on a pu penser que le moment n'était pas éloigné où l'on pénétrerait la pathogénie jusque-là

fort obscure du *Morbus sacer*. Ces espérances n'ont pas encore été réalisées et la constance des lésions du cerveau dans l'épilepsie dite essentielle (sclérose névroglique de Chaslin) au moins de lésions primitives, causes et non effet de l'affection, n'est pas encore suffisamment établie. Toutefois, ce que nous savons de certaines des causes occasionnelles des accès épileptiformes et du rôle que jouent dans leur étiologie notamment les intoxications d'origine externe (alcool, absinthe, essences, plomb), ou les auto-intoxications (embarras gastrique, surmènement), ou même les infections, tout cela nous oblige à envisager l'attaque épileptique comme l'expression clinique d'une excitation corticale qui vraisemblablement, dans le plus grand nombre des cas, est d'origine toxique. Mais pour que la toxémie accidentelle ou transitoire produise ses effets, il faut, suivant toute apparence, que l'écorce cérébrale soit prédisposée à la réaction anormale qui constitue la crise comitiale : or, quoi qu'on ait pensé, cette prédisposition semble constituée bien moins par une tendance virtuelle et toute dynamique du cerveau, conséquence de l'hérédité névropathique, que par une atteinte portée dans les premiers temps de la vie intra ou extra-utérine à la constitution et au développement normal de l'organe. En somme, c'est la lésion cérébrale, fort variable d'ailleurs quant à son siège, son importance et sa nature (lésion osseuse, méningée ou corticale — macroscopique ou microscopique — traumatique, ou infectieuse), qui crée l'état d'opportunité épileptique, ce sont des conditions accessoires (émotions, troubles congestifs suite de digestions défectueuses, excès passager d'alcool, auto-intoxication d'origine intestinale ou gastrique, etc.) qui, favorisées par cet état d'opportunité, provoquent l'apparition de l'accès. Bien que la pathogénie du mal comitial puisse être ainsi ramenée à quelques procédés assez simples, la variabilité des lésions et des circonstances qui dans chaque cas conditionnent d'une part la prédisposition à l'épilepsie, d'autre part l'attaque d'épilepsie elle-même, nous autorise à dire qu'on ne peut plus envisager le mal comitial comme une maladie autonome : à regarder les choses de près, il n'y a

pas une névrose épileptique, mais des syndromes épileptiformes dont le traitement sera subordonné à la nature des éléments causaux permanents ou accidentels qui les déterminent.

L'individualité de la *chorée* n'est guère mieux établie que celle de l'épilepsie. Tout le monde s'accorde à reconnaître que cette expression sert à désigner des affections fort dissemblables. Il y a des chorées hystériques (chorée simple, chorée rythmée), des chorées proches parentes de la maladie des tics et qui se relient à la dégénérescence mentale. On discute encore sur la nature de la chorée d'Hugtinton, sur celle des chorées chroniques. Les chorées infantiles constituent elles-mêmes un caput mortuum qui renferme des cas fort dissemblables. La chorée de Syndenham représente un type cliniquement assez bien défini par sa physionomie, sa marche, les circonstances dans lesquelles elle survient : mais on est en train de se demander si elle ne se relie pas étroitement à une infection du système nerveux : la preuve décisive n'en a pas été donnée encore; toutefois, en faveur de cette opinion il existe de puissantes présomptions. En somme, le temps n'est vraisemblablement pas éloigné où la chorée essentielle sera absorbée dans le groupe des chorées dites symptomatiques; l'expression ne servira plus à désigner une entité nosologique, mais l'une des manifestations cliniques soit de maladies infectieuses, soit d'états nerveux plus généraux et mieux catalogués.

La revue rapide à laquelle nous venons de nous livrer n'a eu d'autre but que de montrer combien est artificielle et par cela même nécessairement provisoire la famille pathologique dont on va s'occuper dans les pages qui suivent. Si le travail de dissociation qui menace d'en disperser les membres respecte quelques-uns d'entre eux, il semble que ce doive être la *neurasthénie* et l'*hystérie*.

L'*hypocondrie*, qui, il y a quelques années, figurait encore à côté de ces dernières, en a été séparée : on se refuse aujourd'hui à y voir autre chose qu'une forme de délire ou d'obsession mentale, susceptible de se montrer dans des conditions

très diverses : au cours par exemple d'affections organiques comme la paralysie générale, ou de certaines psycho-névroses comme la mélancolie, ou chez certains émotifs ou débiles à tendances obsédantes ou délirantes.

Quant à l'*hystérie* et à la *neurasthénie*, elles ont l'une avec l'autre plus d'un point de contact; on doit dire plus : il y a entre elles des rapports intimes et étroits. La preuve en est qu'elles s'associent communément, à la suite par exemple des grands chocs moraux qui réalisent ce qu'on a improprement appelé l'*hystéro-neurasthénie traumatique*. Elles ont même étiologie, physiologie pathologique analogue, elles sont appelées à avoir fortune commune. S'il doit subsister quelque chose du groupe des névroses, l'hystérie et la neurasthénie seront certainement les deux membres survivants de ce groupe. Mais déjà l'un et l'autre ont eu à subir des assauts. Le jour où, à côté de l'hystérie qu'on pourrait appeler constitutionnelle, on a décrit des hystéries acquises, toxiques ou infectieuses, on a été bien près de descendre la grande névrose de son piédestal pour la réduire au rôle d'une expression clinique, traduisant une forme particulière de déchéance des fonctions psychiques, et pouvant être aussi bien accidentelle et transitoire qu'originelle et durable. De même n'a-t-on pas cherché à rattacher la neurasthénie à certains troubles viscéraux, gastriques, intestinaux ou hépatiques, dont elle dépendrait étroitement comme le syndrome dépend des lésions organiques auxquelles la physiologie pathologique le rattache?

Cependant il nous paraît difficile de dénier à l'hystérie et à la neurasthénie une certaine autonomie; elles méritent vraiment le nom de névroses, si par névroses on entend des affections du système nerveux sans lésions anatomiques (je ne dis pas sans trouble de nutrition) de ce système, affectant dans leur marche et leur évolution des variations qui sont incompatibles avec l'hypothèse d'une altération permanente de l'axe nerveux. Leur étiologie habituelle et leur psychologie pathologique, plus encore que leur symptomatologie, leur assignent une place à part parmi ces affections. Il n'est pas de

névrose où l'hérédité joue un rôle plus fréquent, plus accusé et mieux avéré que dans l'étiologie de l'hystérie et de la neurasthénie. Si les autres causes, troubles organiques, intoxications, infections, chocs moraux, peuvent, à titre exceptionnel, les engendrer de toute pièce, quand leur action est très intense, ce n'est pas la règle, et ces causes n'interviennent le plus souvent qu'à titre de causes occasionnelles, non déterminantes. D'autre part, la psychologie pathologique nous montre que dans la neurasthénie comme dans l'hystérie il existe un état psychique particulier, une sorte d'insuffisance cérébrale se traduisant par la difficulté à concentrer l'attention, à acquérir la certitude, à synthétiser les divers éléments constitutifs de la vie mentale, d'où résultent l'aboulie, les doutes, les obsessions, et tout le cortège de distractions et d'idées fixes qu'entraîne à sa suite le rétrécissement du champ de la conscience. En somme, l'hystérie et la neurasthénie nous apparaissent comme des états liés le plus ordinairement à un vice originel du système nerveux, comme la révélation d'une sorte d'impuissance de ce système presque toujours native, rarement acquise. Cette impuissance est fort différente de celle qui caractérise d'autres états très voisins de l'hystérie et de la neurasthénie, la débilité mentale, la folie morale et tous ceux qu'on a qualifiés d'états de dégénérescence. Mais elle s'en rapproche par les causes qui lui donnent naissance, et aussi par quelques parentés symptomatiques. C'est ainsi que les doutes et les obsessions sont à la fois des manifestations des états dits dégénératifs et des simples états neurasthéniques. Comme la dégénérescence mentale, l'hystérie et la neurasthénie ont leurs *stigmates* et leurs *accidents* : ainsi le parallèle commencé sur le terrain étiologique se poursuit sur celui de la symptomatologie.

II

Indications thérapeutiques générales.

Si l'on voulait appliquer dans leur rigueur les considérations qui précèdent, la partie de cet ouvrage consacrée au traite-

ment des névroses devrait être singulièrement réduite. Mais dans un livre qui vise plus l'utilité pratique d'aujourd'hui que la vérité doctrinale de demain, il faut sacrifier un peu la seconde à la première. On ne sera donc pas surpris de trouver parmi les névroses dont on va s'appliquer à étudier le traitement, des affections qui sembleraient, après les remarques précédentes, devoir en être exclues.

Au reste, si nous avons cru devoir présenter ces remarques sur la nosologie des névroses, c'est qu'elles peuvent nous aider à mieux saisir les indications générales afférentes à la thérapeutique de ces maladies.

Pour traiter logiquement et avec succès une névrose, il est indispensable, en effet, de s'inspirer des notions, souvent insuffisantes il est vrai, mais dans bien des cas assez précises, que nous possédons sur l'étiologie de l'affection, sur sa nature, et sur la physiologie pathologique des symptômes par lesquels elle se traduit. Si la méthode était, en l'état de nos connaissances, rigoureusement et toujours applicable, elle serait l'opposé de l'empirisme : or, il n'y a guère de chapitre de thérapeutique où l'empirisme ait joué un aussi grand rôle que dans celui qui concerne les névroses. L'*hydrothérapie* sous toutes ses formes, l'*électricité* sous ses modes multiples, les préparations *bromurées*, l'*hypnotisme* et la *suggestion* sont les ressources qu'on utilise le plus couramment contre ces affections : ressources précieuses sans doute, mais dont on ne ferait pas un usage légitime si l'on se contentait de les prescrire un peu au hasard sans souci des indications formelles qui résultent de la nature et du mécanisme des symptômes contre lesquels on les dirige. Aux chapitres qui suivent on trouvera tous les détails relatifs à ces indications.

Ici nous devons nous borner à rappeler les règles générales qui ne doivent pas être perdues de vue dans le traitement des névroses, au moins de la plupart des affections qui sont tenues pour telles.

Le traitement de ces affections est *prophylactique* ou *curatif*.

A la vérité, la *prophylaxie* des névroses, comme celle des

infections, relève plus de l'hygiène que de la thérapeutique. Elle ne doit pas moins s'en imposer à l'attention du médecin : quelques exemples suffiront à le démontrer. Le rôle prépondérant de l'hérédité névropathique, on pourrait ajouter de l'hérédité neuro-arthritique, dans la genèse des névroses est un fait assez nettement établi pour qu'on ne néglige pas, à l'occasion, de donner aux familles de salutaires avertissements sur les inconvénients et les dangers d'une mauvaise sélection. A la vérité, en cette matière, les conseils sont rarement suivis, même quand ils ont été sollicités. Le rôle du médecin se ramène dès lors le plus ordinairement à indiquer les mesures à prendre pour sauvegarder l'avenir des individus venus au monde avec des tares ancestrales : le programme à remplir est un peu différent suivant qu'on a à viser l'enfant ou l'adulte. Afin de prévenir *chez l'enfant* le développement des tendances héréditaires, il faut recourir à tous les moyens dont l'hygiène dispose pour renforcer l'énergie et la résistance du système nerveux : c'est tout un programme d'éducation morale et physique à tracer qui relève tout autant de la médecine que de la pédagogie proprement dite. La prophylaxie *chez l'adulte* est moins efficace que quand, prise de loin, elle a eu tout le temps d'exercer ses effets bienfaisants ; elle est aussi d'habitude moins facilement réalisable : il n'est pas à la portée de tout le monde de mener une vie calme, suffisamment et modérément occupée, de fuir la pernicieuse atmosphère des grandes villes, de se prémunir contre le surmènement moral trop souvent inséparable de la lutte pour l'existence. Il est moins malaisé d'éviter le surmènement intellectuel et surtout les excès quels qu'ils soient, particulièrement les excès de tabac ou d'alcool, qui non seulement prédisposent au développement des névroses, mais peuvent aussi, quand celles-ci se sont déclarées, favoriser le retour de leurs paroxysmes : on sait l'influence qu'a l'usage abusif des spiritueux sur les crises comitiales.

C'est que la composition des milieux auxquels la cellule nerveuse emprunte les éléments de sa nutrition, influence à un haut degré la fonction de cette dernière. Si ces milieux

sont viciés, le fonctionnement de l'élément, déjà défectueux, en sera troublé davantage. De là l'importance, dans la prophylaxie, des mesures que nous venons d'indiquer et aussi, dans le traitement curatif, des agents qui visent l'état général du malade quand cet état général présente quelque désordre concomitant à la névrose. De là aussi l'indication formelle dans une foule de cas des *toniques* et des *reconstituants* s'il y a de l'anémie, de la médication *alcaline* ou autre analogue chez les neuro-arthritiques. Régulariser la nutrition quand elle est troublée est l'une des premières indications que comporte le traitement des névroses.

Les autres moyens *curatifs* auxquels on doit recourir varient avec chacune de ces affections. Leur choix doit être autant que possible subordonné aux notions que nous possédons sur la physiologie pathologique de chaque névrose ou de chacun des symptômes par lesquels celle-ci se traduit. Charcot avait empiriquement fait la remarque que les préparations bromurées si efficaces contre les paroxysmes épileptiques, sont d'habitude de nul effet contre les crises d'hystérie. C'est qu'en dépit d'une certaine ressemblance dans leur physionomie, les deux ordres d'attaques ont des pathogénies très différentes. La crise comitiale est de même nature que celle qu'on provoque chez l'animal en excitant électriquement l'écorce du cerveau ; on conçoit dès lors qu'elle puisse être arrêtée par l'usage des préparations pharmaceutiques qui, comme les bromures, diminuent l'excitabilité corticale. L'attaque hystérique, au contraire, paraît tenir à un processus psychique beaucoup plus complexe ; les bromures n'ont plus de prise sur les phénomènes d'idéation consciente ou subconsciente d'où elle dérive ; on peut dire que la théorie a justifié ici les enseignements de la pratique.

En revanche, la *suggestion* qui ne saurait, quoi qu'on en ait dit, exercer d'action directe sur les crises comitiales, influence souvent d'une heureuse façon l'attaque d'hystérie. Depuis vingt ans on a célébré, peut-être avec excès, les avantages de la suggestion : on l'a préconisée, sans trop de discernement,

contre les affections les plus diverses et, les erreurs de diagnostic aidant, on a pu croire à sa réussite dans le traitement d'états morbides sur lesquels tout autorise à dire qu'elle ne peut rien. En fait la suggestion, il est superflu de le dire, n'a d'efficacité réelle que dans les cas où le symptôme contre lequel on la dirige est un symptôme mental ou qui se lie étroitement à une idée; elle peut modifier les pensées ou les impressions, qu'elles soient conscientes ou subconscientes, mais elle ne saurait faire plus. Son rôle, à la vérité, dans l'étroit domaine qui lui appartient, est encore assez important ; à côté des suggestions directes, hypnotiques ou non, n'y a-t-il pas les suggestions indirectes, celles qui résultent de la foi en l'efficacité des procédés et des agents thérapeutiques divers dont les malades ont à faire usage?

On trouvera plus loin les renseignements relatifs à l'action de ces agents et à leurs indications dans chaque cas. Ce n'est pas le lieu, dans ce chapitre d'introduction, de les passer en revue et de les décrire : rappelons seulement que l'*hydrothérapie* sous ses formes variées, l'*électrothérapie*, la *gymnastique* et le *massage*, la *climatothérapie*, les agents pharmaceutiques, *bromure* et *névrosthéniques*, sont dans la thérapeutique des névroses les auxiliaires précieux du traitement moral, quand ils n'en sont pas de simples agents.

Les manifestations par lesquelles ces affections se traduisent sont de deux ordres : les unes sont habituelles et dans une certaine mesure continues; elles se montrent plus ou moins accusées pendant toute la durée de la névrose : tels sont la céphalée dans la neurasthénie, les mouvements involontaires dans la chorée, les anesthésies dans l'hystérie. Les autres constituent des épisodes intermittents ou accidentels ; de ce nombre sont les attaques qu'on observe dans l'épilepsie et l'hystérie. Le traitement des névroses doit avant tout viser à prévenir ces épisodes, mais il doit aussi se préoccuper des moyens qui sont de nature à les atténuer quand ils se manifestent. A la vérité, l'importance de ce traitement des épisodes

accidentels est fort variable suivant les cas : il y a bien peu de chose à faire contre une attaque de mal comitial et le médecin a à peu près rempli son rôle quand il a recommandé de protéger le malade au moment de la chute, de le surveiller pendant qu'il se débat ; les palliatifs dont on use quelquefois dans la circonstance, et que l'entourage du malade réclame en général avec insistance, sont le plus souvent de nul effet. On est un peu moins désarmé en présence d'un accès de migraine. On intervient fort utilement dans les attaques d'hystérie, surtout dans les attaques longues et violentes : on sait ce que peut pour les arrêter la *compression de l'ovaire*, l'absorption de quelques bouffées de *chloroforme*, une piqûre de *morphine* ou quelquefois la simple suggestion.

La *prophylaxie*, le traitement *curatif* des névroses et celui des *épisodes* morbides qui s'observent au cours de quelques-unes d'entre elles, vont être exposés en détail dans les chapitres qui suivent.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE

PAR

CH. FÉRÉ,

Médecin de l'hospice de Bicêtre.

I

Considérations générales.

L'épilepsie ne peut plus être comprise aujourd'hui comme un état morbide autonome. On confond sous ce nom de nombreux syndromes dont le seul caractère commun est de se manifester d'une manière paroxystique. Chacun de ces syndromes présente des variétés importantes quant à sa forme, quant à sa durée, quant à son intensité. Il y a des épilepsies aiguës qui se manifestent par des décharges répétées coup sur coup pour se suspendre bientôt quand elles n'amènent pas la mort, et des épilepsies chroniques qui se manifestent par des paroxysmes plus ou moins éloignés, mais troublant une longue période de l'existence des malades.

Les caractères physiques et psychiques qu'on considérait autrefois comme indispensables : certaines attitudes, les évacuations involontaires, la morsure de la langue, la perte de connaissance, etc., peuvent manquer dans les manifestations les plus violentes.

Les décharges épileptiques atteignent plus ou moins tout l'organisme; mais souvent certains appareils ou cer-

tains organes sont affectés d'une manière prédominante.

Les paroxysmes moteurs peuvent être partiels, hémiplégiques, généralisés. Il en est de même des paroxysmes sensitifs, et les sens peuvent être affectés ensemble ou séparément. Les convulsions peuvent manquer : tout le paroxysme est quelquefois constitué par une paralysie transitoire ; il en est de même des sensations subjectives qui peuvent être remplacées par des anesthésies brusques (amaurose, surdité). Les organes de la respiration et de la circulation sont souvent atteints sous forme d'asthme, d'angine de poitrine, de tachycardie paroxystique, de syncope locale des extrémités, etc. Les paroxysmes psychiques se manifestent sous forme de troubles de la perception, d'impulsions, d'émotivités morbides, et ils varient d'intensité et de tonalité depuis l'excitation la plus violente jusqu'à l'apathie la plus profonde et au sommeil narcoleptique.

La plupart des décharges épileptiques sont suivies de phénomènes d'épuisement sur lesquels je me suis arrêté ailleurs[1]. Ces phénomènes ont une importance considérable parce qu'ils constituent les éléments de la démence qui se réalise lorsque les paroxysmes se répètent trop souvent ou sont très intenses. L'épuisement se manifeste sur toutes les fonctions, sur tous les organes qui ont pris part à la décharge, et leur intensité est souvent proportionnelle à l'intensité du paroxysme ; il se traduit par des paralysies motrices, des anesthésies sensitives et sensorielles plus ou moins complètes, par de la stupidité.

A la suite des attaques d'épilepsie partielle, l'épuisement se manifeste sous forme de paralysies partielles ou hémiplégiques.

L'observation et l'expérimentation concordent pour indiquer que les syndromes épileptiques ont leur point de départ dans l'écorce cérébrale et qu'ils peuvent se manifester sous l'influence de toutes les conditions qui réalisent une faiblesse irritable des éléments de l'écorce. Les lésions irritatives du cerveau, les troubles locaux de la circulation liés à l'artério-sclérose ou

1. Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, 1890.

à toute autre lésion vasculaire, les troubles généraux liés aux maladies du cœur ou du poumon ; un grand nombre de conditions qui affectent les qualités du sang, infections, intoxications, auto-intoxications, etc., peuvent provoquer les explosions. Les irritations périphériques peuvent aussi mettre en jeu l'irritabilité de l'écorce, et elles sont d'autant plus efficaces à moindres doses qu'il existe une prédisposition, c'est-à-dire une faiblesse irritable préexistante, plus marquée.

Mais toutes les conditions capables de provoquer les épilepsies se répètent souvent chez un grand nombre d'individus sans que les soi-disant causes soient suivies d'effet ; on en est réduit à reconnaître que le plus souvent, sinon toujours, il existe une prédisposition.

Souvent, lorsque les épilepsies ne sont pas héréditaires en nature, elles sont liées aux maladies héréditaires, et nous voyons que plus les causes qui les provoquent sont légères et méconnaissables, plus les individus qui en sont affectés présentent de tares somatiques, de malformations dont la nature tératologique ne peut guère être niée[1]. On peut comprendre que la faiblesse irritable de l'écorce cérébrale est liée à un vice de développement transmissible à la manière des difformités tératologiques, c'est-à-dire par hérédité directe ou indirecte similaire ou dissemblable. Cette interprétation serait rendue très vraisemblable si on démontrait chez les épileptiques, la réalité des anomalies histologiques de l'écorce cérébrale décrites par Roncoroni, ou la constance de la lésion décrite par Bucholtz et surtout par Chaslin et retrouvée par Bleuler, de la sclérose névroglique, lésion d'évolution.

Quoi qu'il en soit de sa nature, le rôle de la prédisposition n'est guère douteux ; et nous voyons que la suppression des causes ne supprime pas toujours la manifestation morbide.

L'expérimentation montre que lorsqu'une région de l'écorce cérébrale a déjà été le siège d'une irritation électrique (François Franck) ou produite par une substance irritante (Koranyi et

1. Ch. Féré. — La famille névropathique ; théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence, 2e éd., 1898.

Tauszk), une excitation périphérique détermine plus facilement des convulsions que chez un animal neuf, quand on la fait agir sur les parties qui sont en rapport avec cette région du cerveau. L'excitation préalable de l'écorce cérébrale a déterminé la formation d'un *locus minoris resistentiæ* doué d'une faiblesse irritable. Ce que peut faire une irritation momentanée, un développement défectueux semble aussi pouvoir le réaliser.

II

Traitement.

Le traitement de l'épilepsie comporte deux indications principales : supprimer l'agent provocateur, diminuer l'irritabilité. Des indications secondaires découlent de la forme des manifestations; la plupart se trouveront dans le traitement des paroxysmes.

A. — TRAITEMENT DES PAROXYSMES.

1° La première indication qui s'impose, c'est de s'opposer à la manifestation morbide, surtout lorsqu'elle constitue un danger par elle-même. Si on ne peut pas l'empêcher, il faut autant que possible s'efforcer d'en diminuer les risques.

Certaines mesures de précaution sont capables de supprimer les paroxysmes. Bon nombre de malades ont toujours leurs accès sous l'influence des mêmes causes : les uns ne sont pris qu'à la suite d'excès alcooliques ou autres, d'autres seulement sous l'influence d'irritations périphériques, d'émotions, d'autres sous l'influence d'écarts de régime. Si on peut supprimer ces causes, les accès pourront être sinon supprimés, du moins considérablement éloignés.

Les accès qui sont précédés d'aura peuvent quelquefois être suspendus par des mouvements ou par des excitations appropriés. Quelques malades peuvent, lorsqu'ils se sentent menacés, éviter l'accès en se livrant à une course rapide ou à un effort

violent. D'autre part, un bon nombre, atteints d'épilepsie à début local, ressentent dans leurs membres des sensations pénibles ou des crampes, qui chez eux sont les avant-coureurs de l'attaque, et peuvent l'arrêter par la *constriction* du membre au-dessus du point qui est le siège de la sensation anormale; tantôt l'arrêt ne se produit que par une forte ligature; tantôt une simple constriction avec la main suffit. Quelques malades sont toujours munis d'une sorte de garrot qui leur permet de se tenir en garde. Quelquefois, la torsion d'un doigt ou de la main suffit (Bravais); Hughlings-Jackson recommande la *traction violente* des parties qui sont le siège de l'aura. Brown-Séquard a montré que dans l'épilepsie spinale, la trépidation du membre inférieur provoquée par le redressement de la pointe du pied peut être arrêtée par la flexion forcée : la même manœuvre peut réussir dans l'épilepsie vulgaire. Quelques malades peuvent éviter l'attaque en immobilisant solidement le membre qui est le siège de l'aura : j'en connais un qui atteint le but en s'asseyant sur sa main. Comme pour certaines névralgies, il existe quelquefois pour l'épilepsie de véritables points d'arrêt dont la compression produit la suspension des phénomènes convulsifs ou autres; souvent les points ne sont découverts que par hasard. J'ai observé un malade chez lequel la compression des nerfs sus et sous-orbitaires au niveau des émergences suspendait l'attaque, à quelque période qu'elle fût arrivée; mais ordinairement la compression de ces points n'a d'efficacité que pendant l'aura. Chez quelques malades, des *excitations périphériques* diverses, mais en général uniques pour le même malade, peuvent avoir une action suspensive pendant l'aura : des flagellations, des tapotements dans certaines régions, l'ingestion d'un liquide froid ou salé, des excitations sensorielles diverses. De ces faits d'excitations périphériques dérivatrices, on peut rapprocher les faits dans lesquels l'accès étant annoncé par une idée obsédante, le malade arrive à éviter la décharge en fixant son attention sur une autre idée; ce n'est qu'indirectement que la volonté agit sur la décharge épileptique, tout comme dans

le cas de compression d'un nerf ou d'irritation périphérique. Le plus souvent, les procédés d'arrêt ne paraissent avoir qu'une action suspensive, retardante, à la manière de la compression ovarienne dans l'hystérie : cependant, quand ils sont appliqués avec suite, ils peuvent finir par rompre l'habitude convulsive et amener la guérison.

On a encore préconisé comme moyen préventif agissant sur la circulation cérébrale, la *compression des carotides* pendant l'aura (Prichard) ; elle avait déjà été utilisée par Parry dans le traitement de l'éclampsie, et Févez l'a encore employée dans les convulsions infantiles.

Le froid a été proposé aussi pour prévenir l'accès, mais surtout dans les accès sériels ou dans l'état de mal, sous forme d'applications de *glace* sur la colonne vertébrale, sur la tête. On pourrait s'expliquer le succès de ces dernières par l'observation de François Franck et Pitres, qui ont vu que la réfrigération de la zone motrice peut arrêter un accès d'épilepsie chez un chien en expérience. Il est douteux pourtant que les applications extérieures de froid agissent par une modification de la circulation cérébrale ; elles peuvent agir comme une irritation douloureuse, comme les pincements, comme les inhalations d'ammoniaque, comme paraît agir l'application de glace sur la région précordiale conseillée par Charcot dans un cas d'aura cardiaque.

L'expérimentation et la clinique concordent pour constater que l'attaque d'épilepsie sous ses différentes formes est précédée d'une augmentation de tension artérielle coïncidant avec la pâleur des téguments. Il était à supposer que certains moyens propres à abaisser la tension artérielle pourraient prévenir un certain nombre de paroxysmes : j'ai employé la *ventouse de Junod*, la *ligature des membres*, mais c'est surtout la *sinapisation* sous forme de bains sinapisés, ou d'enveloppements dans le drap mouillé sinapisé qui m'a rendu des services. Mais ces moyens de modifier la tension artérielle m'ont surtout paru efficaces dans les accès d'excitation maniaque. Plusieurs malades sont assez convaincus de l'utilité de ce mode d'inter-

vention pour le réclamer eux-mêmes lorsqu'ils se sentent sous le coup d'un paroxysme.

Une *injection de morphine* pendant l'aura peut supprimer l'accès ou au moins le retarder ; on a attribué à la morphine la suspension de séries (Roberts). On aurait obtenu des succès analogues avec l'apomorphine (Wallender). Il ne faut pas oublier que le morphinisme peut aggraver considérablement l'épilepsie : j'ai vu un morphinomane épileptique chez qui les attaques se produisaient à chaque période de privation ; le malade ne pouvait se protéger qu'en augmentant rapidement l'intoxication, et il finit par succomber dans un état de mal.

L'*éther*, le *chloroforme*, le *nitrite d'amyle*, le *bromure d'éthyle* ont aussi été employés en inhalations dans le but d'arrêter les accès d'épilepsie, sans succès d'ailleurs en général. J'ai pourtant vu des inhalations d'éther faire éviter l'attaque à un épileptique prévenu par des étouffements. L'éther et le chloroforme peuvent d'ailleurs provoquer des accès.

2° Quand l'attaque a commencé, il n'y a guère d'influence qui puisse l'interrompre. L'immobilisation peut dans le cas d'épilepsie hémiplégique avoir un effet qui mérite d'être signalé, c'est l'envahissement du côté opposé ; lorsqu'on arrête le mouvement, on n'arrête pas la décharge qui se fraie une voie nouvelle ; il y a donc lieu de craindre les effets d'une contention sûrement inutile.

Les mesures à prendre contre l'accès convulsif sont surtout des mesures de préservation ayant pour but d'éviter les blessures et la suffocation.

Lorsqu'on est prévenu de la chute par la pâleur ou par tel autre phénomène avant-coureur habituel au malade, il faut le protéger autant que possible contre le choc, et l'étendre horizontalement sur le dos, la tête plutôt renversée en arrière, et le maintenir de telle sorte que les mouvements convulsifs ne produisent pas de contusions. Si le malade a l'habitude de se mordre la langue, on peut interposer entre les mâchoires un corps résistant et non fragile, comme un morceau de bois tendre ; mais il est difficile de prendre cette précaution en temps

opportun. Les vêtements doivent être relâchés principalement au col, et on ouvre les fenêtres pour suppléer autant que possible par un air plus pur à la gêne mécanique de la respiration. Aux malades qui font souvent des chutes sur la tête, on peut faire porter une coiffure appropriée formant bourrelet pour la préserver des chocs. On peut prévenir le danger des chutes nocturnes en couchant les malades dans des lits très bas, ou dans des lits garnis de balustrades latérales : lorsque les balustrades sont capitonnées, elles constituent un moyen de protection efficace, mais elles sont un obstacle à la surveillance et augmentent le danger de suffocation.

La suffocation est le risque le plus grand des attaques nocturnes. Les malades peuvent être étranglés par leurs vêtements, s'étouffer en se retournant la face contre l'oreiller ou en s'enroulant dans leurs couvertures, etc. ; on ne peut éviter ces accidents que par une surveillance constante. On a essayé de prévenir les dangers de la suffocation en donnant aux épileptiques des oreillers de varech ou de crin, plus perméables à l'air et moins compressibles que les oreillers de plume; mais cette précaution ne saurait suppléer le défaut de surveillance. La mort par suffocation peut encore se produire pendant la période de stertor par un autre mécanisme. La paralysie des muscles de la langue permettant, dans le décubitus dorsal, la chute de cet organe vers le pharynx, apporte à la respiration une gêne toute mécanique que l'on peut soulager en faisant incliner la tête latéralement : la langue tombe alors en dehors par son propre poids et la suffocation diminue instantanément.

Quelquefois cependant, on est réduit à fixer la langue au dehors avec une pince ou une érigne. Si ces moyens ne réussissent pas, c'est que l'obstacle à la respiration tient à la paralysie post-paroxystique des muscles thoraciques et au défaut d'activité des centres respiratoires ; il faut recourir aux *tractions rythmées* de la langue ou à la *respiration artificielle* qui peut donner le temps aux fonctions de se rétablir. J'ai vu plusieurs fois les tractions rythmées de la langue rappeler à la vie des épilep-

tiques en état de mort apparente à la suite d'accès sériels ou même isolés.

Le sommeil post-paroxystique doit être respecté; c'est le processus naturel de la réparation de l'épuisement qui résulte de la décharge; un réveil prématuré ne fait que retarder la restauration des fonctions et détermine souvent des douleurs de tête persistantes.

Dans les crises sérielles ou dans l'état de mal, il faut tenir le malade à l'abri de toute excitation, modérer l'éclairage, faire taire tous les bruits et, surtout, lorsque le malade reprend connaissance, l'empêcher, autant que possible, de faire des mouvements et de parler. Toute excitation, toute activité peut provoquer une nouvelle attaque, surtout si elle met en jeu un organe qui est le siège des phénomènes initiaux du paroxysme.

Plusieurs médicaments ont été éprouvés contre l'état de mal; le *bromure de potassium* à doses massives, le bromure de potassium et le *chloral* (Amblard), le *nitrite d'amyle* (Crichton Browne), l'*hydrate d'amyle* Wildermuth, Gürtler, Näcke, etc.), l'*hydrobromate d'hyoscine* ou de *conine* avec le *sulfate de morphine* (Trowbridge), etc. On a pu citer des succès à l'actif de chacune de ces médications; mais il ne faut pas oublier que l'état de mal guérit souvent spontanément, quand la température n'a pas dépassé 40°.

Dans l'état de mal, la mort arrive soit par épuisement nerveux, soit en raison de troubles de la respiration; ces derniers peuvent être combattus par les tractions rythmées de la langue, par la faradisation des muscles thoraciques, par la respiration artificielle.

Les décharges épileptiques isolées entraînent souvent un amaigrissement notable; les crises sérielles et l'état de mal sont suivis souvent de pertes de poids considérables, qui donnent le taux du déchet de la nutrition. J'ai acquis depuis longtemps la conviction que l'alimentation pendant l'état de mal est une condition de survie : les aliments introduits par la sonde sont en général très bien supportés et malgré la répé-

tition des convulsions on n'observe guère de vomissements.

Dans les épilepsies convulsives aiguës liées à des états généraux, les éclampsies de la puerpéralité, du mal de Bright, etc., le traitement de l'accident morbide ne présente pas d'indications spéciales; c'est sur les conditions étiologiques que tout l'effort doit être dirigé.

Quant aux attaques d'épilepsie psychique qui consistent souvent en délire avec impulsions violentes, il n'est pas rare qu'on soit réduit à leur opposer la contrainte mécanique. La contention manuelle est souvent insuffisante et même dangereuse à la fois pour le malade et pour ceux qui en ont la charge; le confinement dans une chambre capitonnée ne met pas toujours le malade à l'abri de ses propres violences. La camisole bien surveillée est encore le moyen le plus sûr et le plus généralement inoffensif. Si on n'a pas la camisole à sa disposition, on peut se servir du drap roulé autour du corps et des membres et ne laissant libres que la tête et la partie supérieure du thorax. Quant à la contrainte chimique, par le *chloral*, la *paraldéhyde*, la *morphine*, l'*atropine* (Bessière) qui a été préconisée contre les crises psychiques, elle est bien souvent infidèle ou d'un effet trop tardif.

B. — TRAITEMENT DES CAUSES OCCASIONNELLES.

Lorsqu'on a reconnu la cause générale ou locale d'un syndrome épileptique, il ne suffit pas toujours de la supprimer pour que les troubles disparaissent : l'habitude convulsive peut survivre à la condition physique qui lui a donné naissance; cependant, combattre la cause reste la première indication du traitement.

1° Les cas dans lesquels l'indication est la plus précise sont ceux dans lesquels l'épilepsie a eu pour point de départ un traumatisme, que ce traumatisme ait porté sur le système nerveux central ou sur le système nerveux périphérique. L'intervention chirurgicale donne souvent de bons résultats dans les cas d'épilepsie due à des lésions des nerfs périphériques,

que ces lésions siègent sur les troncs nerveux eux-mêmes ou dans des tissus qui reçoivent leurs ramifications. Nombreux sont les cas d'épilepsie guéris à la suite de l'ablation de corps étrangers, soit des cavités naturelles, soit de l'épaisseur des tissus, ou à la suite de l'ablation de cicatrices douloureuses ou de la section, de la résection ou de l'élongation des nerfs qui s'y rendent. L'extirpation de polypes des fosses nasales ou du conduit auditif a eu aussi des résultats heureux; de même l'avulsion de dents cariées.

Dans ces dernières années, la *chirurgie* est intervenue dans le traitement de l'épilepsie aussi bien que dans le traitement de l'hystérie par l'ablation des ovaires même sains. Cette opération est encore moins justifiable, si possible, dans l'épilepsie que dans l'hystérie; elle n'a donné d'ailleurs que des résultats qui n'ont guère engagé à poursuivre les essais (Lawson Tait). La castration chez l'homme aussi bien que chez la femme n'est applicable que lorsqu'il existe des lésions organiques qui légitiment par elles-mêmes l'opération; on a cité des cas de guérison de l'épilepsie à la suite de l'ablation du testicule blessé ou malade. Chez les épileptiques comme chez les hystériques, les phénomènes douloureux permanents ne sont que la manifestation locale d'un état général; et l'intervention contre ces phénomènes locaux, contraires aux données théoriques les plus acceptables, n'est pas suffisamment appuyée par l'expérience pour qu'on soit autorisé à la conseiller; du reste les gynécologues les plus autorisés sont peu encourageants[1]. Malgré les succès annoncés, on doit rejeter la pratique de Baker Brown, qui enlevait le clitoris sous prétexte que l'épilepsie pouvait bien être la conséquence d'une irritation du nerf honteux. Fleury a insisté avec raison sur l'utilité de la circoncision qui n'a d'ailleurs de bons effets que lorsqu'elle porte remède à une irritation. Je fais faire chaque année dans mon service un grand nombre de circoncisions par simple mesure d'hygiène : on n'a jamais remarqué

1. S. Pozzi. — Traité de gynécologie, 1890, p. 602.

que cette intervention eût une influence quelconque sur le nombre des accès.

L'intervention chirurgicale dans le cas de lésion périphérique peut avoir de bons effets, même lorsque les attaques convulsives coïncident avec d'autres troubles indiquant une altération générale du système nerveux. Chez un individu qui, à la suite d'un écrasement du doigt, avait été atteint de symptômes de paralysie générale et d'épilepsie dont les accès étaient provoqués par la pression sur la cicatrice, Guder a vu les accidents convulsifs disparaître à la suite de l'amputation.

Parmi les lésions traumatiques du système nerveux qui peuvent déterminer l'épilepsie, on cite rarement des lésions de la région rachidienne. Les troubles épileptiques ne sont d'ailleurs dans ces cas qu'un accident accessoire ; s'ils constituent une indication de hâter l'intervention chirurgicale, ils n'influent guère sur sa direction.

Les traumatismes de la tête ont une relation beaucoup plus directe avec l'épilepsie. Mais toutes les lésions du crâne, tous les traumatismes céphaliques n'atteignent pas les centres nerveux. Dans un bon nombre de cas où l'épilepsie a suivi un choc céphalique, les téguments seuls ou le squelette ont été atteints, et le cerveau ni même les méninges ne sont affectés. Lorsqu'il y a lieu de croire que les accidents sont dus à l'ébranlement général du système nerveux ou à une action réflexe, il n'y a pas lieu de proposer d'emblée une opération grave ; il faut d'abord recourir aux révulsifs, sous forme de vésicatoires volants, de pointes de feu répétées. Ces moyens peuvent être essayés sans inconvénient, même lorsqu'on a lieu de soupçonner que l'irritation siège plus profondément ; j'ai vu en effet les pointes de feu répétées réussir dans des cas d'épilepsie partielle avec troubles moteurs permanents et due par conséquent à des lésions cérébrales.

Lorsque les épilepsies d'origine traumatique se manifestent par des attaques en apparence générales d'emblée, sans localisation prédominante appréciable, les révulsions doivent être appliquées au siège de la lésion périphérique ; lorsqu'au con-

traire l'attaque est localisée au début, ou prédominante dans un membre ou dans un côté de la face, il faut, sans tenir compte du point d'application du choc, agir sur le point désigné par la connaissance des localisations cérébrales. En général d'ailleurs, il ne faut pas oublier que l'action du traumatisme, comme de toute autre cause déterminante, est souvent favorisée par la prédisposition individuelle ; il ne faut donc pas négliger d'user, en même temps que des moyens externes, du traitement interne approprié.

Lorsque le traumatisme a été plus violent et a déterminé d'emblée, en même temps que des manifestations épileptiques, des phénomènes de compression localisée, il y a lieu de croire à un enfoncement ou à un épanchement au point d'application du choc et de pratiquer le trépan primitif.

Lorsque le traumatisme non immédiatement suivi de convulsions a guéri, mais a laissé après lui des troubles comitiaux, la situation est moins nette.

Ces troubles peuvent être la manifestation de l'éveil d'une prédisposition, ou bien être en rapport soit avec une dépression du crâne et un cal vicieux, soit avec une néoplasie développée consécutivement à l'irritation, avec un épanchement sanguin ou avec un abcès du cerveau. L'intervention chirurgicale se trouve indiquée par le seul fait de la coïncidence de l'épilepsie partielle avec une lésion traumatique convenablement localisée. Lorsqu'il s'agit de troubles vertigineux ou de spasmes sans localisation ou sans prédominance apparente, sans douleur fixe, l'indication est moins précise, et on en est réduit à se laisser guider soit par les dépressions du crâne, soit, à leur défaut, par les cicatrices du cuir chevelu ou même par les commémoratifs. Echeverria (1878) avait rapporté une statistique relative à l'épilepsie traumatique très favorable à l'intervention chirurgicale : sur 145 cas d'épilepsie traumatique, on avait obtenu par la trépanation 93 guérisons et 18 améliorations ; il n'y a eu que 28 morts. Les progrès de la chirurgie permettaient d'espérer un pronostic plus favorable encore, au moins en ce qui concerne la bénignité de l'opération. Toute-

fois, même les statistiques de l'épilepsie partielle traumatique, les plus favorables au traitement chirurgical, méritaient d'être revisées, en ne comprenant que les cas dont les suites ont été surveillées pendant un temps suffisant. En effet, nous voyons qu'au deuxième congrès des médecins et chirurgiens américains, à Washington en 1891, Agnew a rapporté une statistique de ce genre dans laquelle il n'a compté que 4 guérisons sur 57 cas, dont 32 autres avaient paru momentanément améliorés. D'après les faits rapportés par cet auteur, la chirurgie serait surtout utile en relevant primitivement les enfoncements traumatiques ; mais quand l'habitude morbide est prise, elle devient à peu près impuissante, et le traitement médical est le seul utile. L'ancienneté de la lésion n'est pourtant pas une contre-indication formelle à l'opération : Larrey a cité une épilepsie traumatique guérie au bout de trente-trois ans par l'extraction d'une esquille.

2° En l'absence de tout traumatisme, l'existence d'un spasme localisé ou prédominant, coïncidant avec une douleur siégeant du côté opposé de la tête, surtout s'il existe en même temps des phénomènes paralytiques permanents et graduellement développés dans le membre le plus affecté par le spasme, fournit une indication précise de la même intervention chirurgicale. Les sensations subjectives servent aussi d'indices précieux. La chirurgie contemporaine a pu enregistrer plusieurs succès temporaires au moins, à la suite d'ablations de tumeurs.

En l'absence de lésions grossières au cerveau, dans les cas où l'épilepsie partielle ne peut être attribuée qu'à des altérations histologiques développementales ou autres des centres moteurs, on a proposé l'excision de ces centres même lorsqu'on ne trouve aucune modification visible à l'œil nu[1]. On a eu recours, pour s'assurer du siège exact du centre cortical dont les convulsions localisées dénonçaient l'altération, à l'excitation faradique de l'écorce, excitation répétée jusqu'à ce qu'on

1. Sachs and Gerster. — The surgical treatment of focal epilepsy (*Amer. Journ. of med. sc.*, 1896, vol. 112, p. 377).

mette en mouvement les parties agitées par la convulsion spontanée. Mais l'excision des centres corticaux faite dans ces conditions n'a pas encore fait ses preuves dans la cure radicale de l'épilepsie partielle. Cette excision a d'ailleurs l'inconvénient de laisser souvent à sa suite des paralysies persistantes ; et van Gieson a relevé, d'après des autopsies d'épilepsies traumatiques trépanées, que les opérations sur l'écorce cérébrale laissent souvent une cicatrice qui est de nature à déterminer par l'irritation qu'elle provoque des rechutes de l'épilepsie.

Ces motifs de réserve s'appliquent aussi à l'ablation des tumeurs cérébrales : les recherches statistiques de Hale White et de Allen Starr montrent d'ailleurs que 2 p. 100 seulement des tumeurs cérébrales sont justiciables d'une opération chirurgicale ; et de son étude critique, Krönlein conclut avec Bergmann que les indications opératoires pour les tumeurs cérébrales sont très restreintes.

Les néoplasmes tuberculeux ne peuvent guère qu'être laissés à leur évolution spontanée : ils sont en général au-dessus des ressources de l'art, étant souvent multiples et accompagnés d'autres manifestations de même nature. Il en est de même des tumeurs cancéreuses. Toutefois, même dans ces cas, lorsqu'il se produit des symptômes aigus de compression, l'intervention peut être recommandée dans le but d'évacuer une certaine quantité de liquide ; cette intervention ayant pour but la décompression a eu quelques résultats heureux au moins temporairement dans la paralysie générale progressive des aliénés.

Tissot avait déjà préconisé le trépan dans l'épilepsie dite essentielle, en dehors de tout antécédent traumatique, de tout signe de tumeur, de tout indice de lésion localisée. Les résultats des interventions qui ont été renouvelées assez souvent dans ces conditions au cours de ces dernières années sont des plus équivoques, en raison de l'insuffisance du temps écoulé à l'époque où les observations ont été publiées. Les améliorations transitoires qui ont été le plus souvent observées ne peuvent pas sans hésitation être attribuées au trépan : on

sait en effet que toute intervention violente, soit médicale soit chirurgicale, est capable de modifier momentanément la marche de l'épilepsie, de même que toute maladie intercurrente, médicale ou chirurgicale. Toutefois, l'association de douleurs de tête intolérables même sans localisation précise peut constituer une indication, surtout si les attaques sont fréquentes et graves; lorsque toutes les médications ont échoué, la trépanation, qui est devenue une opération sans gravité, peut être tentée comme dernière ressource.

Negro a proposé, pour remplacer l'excision de l'écorce, l'électrolyse. Une large plaque, reliée au pôle positif d'une pile, est appliquée sur la poitrine du malade. Le pôle négatif est représenté par une aiguille en platine qu'on enfonce dans la région du cerveau supposée malade. On fait passer un courant faible de 2 ou 3 milliampères, suffisant pour détruire le foyer morbide en un temps très court. Cet auteur rapporte un cas d'épilepsie jacksonienne en rapport avec une méningo-encéphalite gommeuse, et où l'électrolyse aurait été suivie de la cessation complète des accès. Cette méthode ne peut être jugée sans nouveaux documents.

3° En dehors des cas d'origine traumatique, l'étiologie de l'épilepsie fournit encore un bon nombre d'indications thérapeutiques. La règle doit être de traiter chez les épileptiques tous les troubles somatiques dont on a connaissance. Il faut passer en revue tous les organes, et ne rien négliger pour rétablir l'intégrité fonctionnelle de ceux qui sont en défaut : les organes des sens, le cœur, le rein, le foie, l'estomac, l'intestin doivent être particulièrement surveillés. Les états généraux morbides ne doivent pas être négligés : l'épilepsie peut être liée à la goutte, au diabète. Il ne faut pas perdre de vue que le système nerveux ne fonctionne normalement que dans un organisme normal et que lorsqu'il souffre, la meilleure condition de guérison ne peut être que la restauration de l'ensemble.

On a vu souvent des interventions relatives à des inflammations ou à des productions pathologiques quelconques des fosses nasales, de la bouche, du pharynx, du larynx, de

l'oreille, être suivies de guérison d'accidents épileptiques. Stevens[1] paraît avoir exagéré le rôle des troubles de la réfraction et des efforts d'accommodation qu'ils nécessitent; mais cependant leur correction n'est pas sans intérêt, de même que la cure d'autres affections de l'œil.

La *digitale*, préconisée par Corrigan, Scott, Sharkey, est encore assez souvent employée contre l'épilepsie, seule ou associée au *bromure de potassium* ou au *datura stramonium*. Son action favorable s'explique principalement par les modifications heureuses qu'elle peut apporter à la circulation cérébrale dans les cas où il existe des troubles fonctionnels du cœur. L'artério-sclérose peut fournir aussi l'indication d'un traitement spécial.

On a de tout temps reconnu l'importance des troubles gastriques dans l'étiologie de l'épilepsie[2]. L'hygiène de la digestion doit être particulièrement surveillée. On connaît bien le rôle des écarts de régime. Delasiauve a insisté sur l'influence de la constipation, sur la répétition des accès, et a préconisé l'usage des purgatifs. J'ai fait remarquer[3] que les écarts de régime peuvent agir autrement que par l'irritation locale qu'ils provoquent, mais aussi par les auto-intoxications qui peuvent s'ensuivre; mais rien ne nous conduit à admettre avec J. Voisin que l'intoxication est l'agent provocateur ordinaire de l'épilepsie et que l'antisepsie intestinale résume le traitement des accès et de l'état de mal[4]. L'expulsion des vers intestinaux, ascarides, tænias, etc., a entraîné plusieurs fois la guérison définitive chez des adultes, mais surtout chez des enfants. Les bons effets des *purgatifs* ne sont pas dus seulement à leur action mécanique; ils favorisent la désinfection et sont par conséquent propres à remédier à certaines auto-

1. G. T. Stevens. — Functional nervous diseases, 1887, p. 101.

2. Ch. Féré. — Note pour servir à l'histoire des troubles gastriques de l'épilepsie, etc. (*Revue de neurologie et d'hypnologie*, 1896, p. 112).

3. Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, p. 302.

4. Héroguelle. — Contrib. à l'ét. du traitement de l'état de mal épileptique. *Thèse de Paris*, 1895. — Labatt de Lambert. — Contrib. à l'ét. de la pathogénie et du traitement de l'épilepsie. *Thèse de Paris*, 1896.

intoxications. J'ai attribué à cette dernière action les effets favorables de l'antisepsie intestinale associée aux bromures sur le nombre des accès.

Lorsque les troubles épileptiques se manifestent à propos de la suppression du flux menstruel ou des hémorroïdes, le rappel de l'écoulement est quelquefois suivi de succès. La régularité de ces écoulements doit donc être favorisée.

En dehors des cas dans lesquels la suppression d'un flux peut faire soupçonner la nature congestive de la manifestation épileptique, il existe des faits rares de malades pléthoriques, souffrant habituellement de fluxions céphaliques qui peuvent être soulagés et peut-être guéris par des saignées répétées à intervalles réguliers. Les *saignées* ont été remises en honneur dans ces dernières années par quelques faits heureux dus à Lépine. Aux saignées on a souvent suppléé chez les hémorroïdaires les applications locales de *sangsues*.

Des *interventions chirurgicales* ont été dirigées contre la congestion cérébrale. On a tenté la compression des carotides primitives, la ligature de ces mêmes vaisseaux (Preston, Hamilton), la ligature des vertébrales (Alexander) qui a quelquefois amené des suspensions (Hallager, Bernays, Baracz, Kummel, Gowing, Middleton, Smith). Dans un cas où Velpeau avait lié la faciale et la temporale, les accès quotidiens se trouvèrent arrêtés. C'est aussi dans le but de modifier la circulation cérébrale que Marshall Hall préconisa la trachéotomie et la fistule trachéale.

Malgré de nouveaux succès de Corning supprimant les accès par la compression permanente des carotides, Alexander a dû reconnaître l'inefficacité de la ligature de ces vaisseaux ; mais les phénomènes congestifs qui accompagnent l'accès d'épilepsie lui permettant de supposer que le grand sympathique joue un rôle important dans la production des attaques, il n'a pas hésité à enlever le ganglion cervical supérieur des deux côtés, et il a annoncé 6 guérisons sur 24 opérations. Un chirurgien autrichien, R. Jaksch, aurait réussi à guérir au moyen de la névrotomie de la portion cervicale du grand sympathique,

deux cas d'épilepsie rebelle aux traitements médicamenteux, et dont il attribue la cause à une irritation des ramifications gastro-intestinales du grand sympathique. L'attention a été rappelée récemment sur ce mode de traitement[1]. Dans un cas qui m'avait paru particulièrement indiquer ce genre d'intervention, Ricard a bien voulu à ma prière pratiquer la résection bilatérale qui est restée sans résultat depuis quatre mois. Il est nécessaire de surseoir à un jugement sur ces interventions, dont on ne peut pas manquer cependant de relever l'innocuité remarquable.

D'autres moyens ont été préconisés dans le but de modifier la circulation cérébrale, sans parler des incisions du cuir chevelu conseillées par Péraire et par Anglade. Chapman a recommandé les applications quotidiennes de *glace* sur la région rachidienne ou sur la région précordiale. Charcot a vu ces dernières réussir chez des épileptiques dont les attaques paraissaient en rapport avec l'accélération du pouls et des palpitations. Yeats avait conseillé l'*ergot de seigle* dans l'épilepsie congestive et Lépine a annoncé de bons effets de l'ergotine; Christian aurait obtenu la suspension des attaques épileptiformes des paralytiques généraux par les injections d'*ergotinine* de Tanret à la dose de 4 milligrammes par jour[2].

Si la théorie de la congestion a inspiré des médications appropriées, il faut reconnaître que la théorie de l'anémie a eu moins d'influence sur la thérapeutique. Les préparations ferrugineuses peuvent pourtant être utiles; on a même attribué des guérisons à l'*hydrocyanate de fer*. On a aussi reconnu l'utilité d'autres reconstituants comme l'*huile de foie de morue*.

Lorsque l'épilepsie reconnaît pour origine une intoxication, il faut d'abord supprimer la cause, et placer le sujet dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Dans les cas

1. Th. Jonnesco. — Totale und beiderseitige Resektion der N. sympathicus cervicalis behufs Behandlung der Morbus Basedowii und der Epilepsie (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1897, p. 33).

2. Ch. Féré et P. Batigne. — Note sur un nouveau cas d'asphyxie locale des extrémités avec lésions congénitales de la peau chez un épileptique (*Revue de médecine*, 1892, p. 91).

d'intoxication pathologique comme dans l'urémie, ces indications sont difficiles à remplir; mais dans les intoxications d'origine externe il n'en est pas de même. Ces mesures peuvent suffire par exemple dans les cas d'épilepsie dues aux excès alcooliques ou dans les cas d'intoxication saturnine.

Certaines épilepsies d'origine infectieuse ne peuvent jamais être modifiées par un traitement exclusivement hygiénique. Telles sont par exemple celles qui reconnaissent pour cause l'impaludisme et ne cessent qu'avec le *sulfate de quinine*.

Dans la syphilis, l'épilepsie nécessite aussi un *traitement spécifique*. La syphilis peut provoquer l'épilepsie comme elle provoque l'hystérie en mettant l'organisme d'un prédisposé en déficit; elle éveille un mal latent; plus souvent elle agit par des lésions cérébrales qui lui appartiennent. L'épilepsie peut se manifester à l'occasion de la syphilis dès la période secondaire, et elle cède souvent aux agents thérapeutiques qui conviennent le mieux à cette période. Toutefois, les chances de succès ne sont pas en raison directe de l'efficacité du traitement par rapport à la syphilis elle-même. Quand l'épilepsie a été provoquée une première fois par la peur, elle se reproduit souvent, bien que la cause ait cessé d'agir ; il en est de même quand l'épilepsie a été provoquée par une infection qui peut d'ailleurs laisser après elle des lésions permanentes.

Lorsque l'épilepsie se manifeste à la période tertiaire de la syphilis, qu'elle soit due à des lésions vasculaires ou à des productions gommeuses, qu'elle soit localisée, ou en apparence générale d'emblée, elle est justiciable du traitement mixte et il y a grand intérêt à agir rapidement. Charcot conseillait les *frictions mercurielles* à 10 ou 12 grammes et l'*iodure de potassium* aux doses de 4 à 8 grammes par jour. Il faut avoir soin de surveiller l'antisepsie de la bouche pour retarder ce que Fournier appelle la stomatite d'alarme et l'antisepsie cutanée pour éviter les éruptions[1]. Ces complications ainsi que les troubles digestifs peuvent apporter

1. Ch. Féré. — Note sur l'influence de l'antisepsie de la peau sur des manifestations cutanées de l'iodisme (*C. R. Soc. de biol.*, 1896, p. 10).

un sérieux obstacle au traitement que l'on doit continuer autant que la tolérance le permet jusqu'à la fin des accidents, et reprendre ensuite par quinzaines, avec quinzaines intercalaires de repos pendant plusieurs mois.

Dans ces dernières années, on a conseillé d'administrer le mercure par la *voie hypodermique* sous forme de *sublimé* (Lewin), d'*oxy-benzoate de mercure* (Stoukowenkoff), de *calomel* (Scarenzio), de *mercure purifié*, etc. Et enfin tout récemment on a conseillé d'administrer le potassium et le mercure par la voie hypodermique sous forme d'*hyposulfite double de potassium et de mercure* (Rille). Ce mode d'intervention a l'avantage d'une action rapide, d'exclure toute fraude et de respecter les fonctions gastro-intestinales.

Lorsque les effets du traitement ne se font pas rapidement sentir, le pronostic devient moins favorable, mais il faut insister tant que le malade peut supporter les médicaments. Il y a d'ailleurs intérêt à combiner autant que possible le traitement antisyphilitique avec un traitement s'adressant particulièrement à la tendance spasmodique qui entre pour sa part dans la détermination de la forme spéciale de la manifestation de la syphilis. Sans doute une irritation corticale peut toujours, si elle est assez intense et assez durable, provoquer des convulsions; mais l'irritation, l'expérience le démontre, est d'autant plus efficace qu'il existe une prédisposition congénitale ou acquise. Dans un cas de syphilis inavouée, j'ai vu le bromure de potassium amener une atténuation qualitative et quantitative des décharges épileptiques qui n'ont disparu pourtant que sous l'influence du traitement spécifique de la syphilis. Dans les périodes de repos du traitement spécifique au moins, les antispasmodiques peuvent être utilisés. En même temps on facilite l'élimination du mercure et de l'iodure de potassium par l'exercice au grand air et les purgatifs légers : l'usage du lait (Mairet) présente encore des avantages à cet égard.

Lorsqu'on s'est rendu maître des accidents, les eaux sulfureuses, telles que celles de *Cauterets*, d'*Uriage*, de *Luchon* peuvent être utilement conseillées.

L'hygiène de l'épileptique syphilitique mérite de fixer l'attention. Il paraît avéré que la localisation cérébrale de la syphilis est favorisée par une prédisposition spéciale, et que souvent l'exercice exagéré des fonctions psychiques en précipite l'évolution. Le malade doit donc autant que possible être soustrait à ses occupations et maintenu à l'abri des excitations. L'hydrothérapie est souvent un adjuvant utile au même titre que tous les agents susceptibles de relever l'état général, et à faciliter l'élimination.

L'épilepsie qui peut être rattachée à la syphilis congénitale peut avec succès (Radcliffe) être combattue par les mêmes moyens que celle qui reconnaît pour cause la syphilis tertiaire. Mais comme il s'agit en général de sujets débilités et souffrant d'autres troubles, les mesures hygiéniques n'en ont que plus d'importance. Cependant le traitement doit être poursuivi avec énergie et prudence, avec autant de suspensions que l'état général peut en nécessiter, aussi longtemps que le malade peut le supporter. Il faut particulièrement insister sur le traitement ioduré.

Les causes de certaines épilepsies réflexes peuvent être accessibles à la thérapeutique ; l'ablation de cicatrices douloureuses, de corps étrangers, etc., provoquant des sensations prémonitoires ont donné lieu à des interventions heureuses. En dehors de toute lésion appréciable, on a vu la guérison survenir à la suite de l'amputation de la partie qui était le siège d'une aura. Baudoin[1] cite une observation qui lui fut communiquée par Cl. Bernard, d'une femme dont l'aura partait du gros orteil gauche et qui, à la suite d'une brûlure du pied gauche, dut subir une amputation ; elle n'eut plus d'accès à partir de cette opération.

Les faits de ce genre justifient, sinon des opérations radicales, du moins des interventions susceptibles de modifier profondément la sensibilité et la nutrition des régions où siège l'aura. Les exutoires que l'on employait surtout autre-

1. Baudoin. — Des aura. Etude des préludes des attaques dans les grandes névroses. *Thèse de Paris*, 1862, p. 44.

fois dans le but d'évacuer les humeurs peccantes, paraissent agir surtout comme révulsifs. Les *révulsifs* d'ailleurs ont été employés de tout temps sous des formes diverses, et les guérisons que l'on observé quelquefois à la suite de lésions accidentelles, ou de traumatismes chirurgicaux, à la suite de lésions cutanées aiguës ou chroniques, justifient au moins les tentatives inoffensives.

Les Chinois ont préconisé l'*acupuncture*. Les *cautères* actuels et potentiels ont été recommandés depuis longtemps (Unzer, Du Chesne, etc.). Les *frictions stibiées*, les *vésicatoires*, les *pointes de feu* ont aussi été conseillées : Récamier a guéri un épileptique en poursuivant avec des vésicatoires volants appliqués successivement dans diverses régions, une douleur qui se manifestait avant les attaques, sous forme de crampes, de fourmillements et d'engourdissements. Bravais avait déjà obtenu des succès analogues dans des cas d'épilepsie hémiplégique; Buzzard et Hirt en ont cité d'autres, puis Pitres, et j'en ai observé moi-même plusieurs. Plusieurs de ces faits sont particulièrement intéressants en ce qu'ils montrent la possibilité du transfert de l'aura sous l'influence d'une irritation périphérique, transfert analogue à celui qu'on observe dans l'hystérie. Les vésicatoires, comme les pointes de feu, ont d'ailleurs été appliqués dans d'autres régions que celles qui sont le siège d'aura, sur le crâne, sur la région rachidienne, etc.

J'ai eu recours aux *cautérisations superficielles du cuir chevelu*, mais non plus en les appliquant indifféremment sur toute la surface de la tête. J'applique des pointes de feu très légères, deux ou trois fois par semaine, au nombre d'une vingtaine, sur la région du crâne qui correspond aux centres moteurs qui paraissent le siège de la décharge. Ces pointes de feu peuvent être appliquées sans raser le cuir chevelu, en prenant soin d'écarter les cheveux. Elles sont généralement bien supportées, et dans plusieurs cas que je puis suivre depuis huit ans, le résultat heureux s'est maintenu.

Parmi les irritations périphériques employées dans le

traitement de l'épilepsie, citons encore les cautérisations pharyngées, les sternutatoires préconisés par Taxil et repris par Laycock, qui s'est servi d'*ammoniaque*, d'un mélange de poudre d'*ellébore blanc*, et de *poudre de quinquina*, espérant provoquer par l'éternuement une modification de la circulation cérébrale. L'efficacité de ces interventions n'est pas établie ; il en est de même de la percussion du rachis proposée assez récemment encore par Alexander.

C. — TRAITEMENT ANTISPASMODIQUE.

Les médicaments qui ont été opposés à l'épilepsie sous ses différentes formes, en s'adressant aux troubles paroxystiques eux-mêmes, sont extrêmement nombreux et il est inutile de dresser la liste de ceux dont l'inefficacité est incontestée. Nous nous bornerons à ceux qui ont conservé quelque notoriété.

Les médicaments auxquels on attribuait une action antispasmodique et calmante ont toujours tenu une grande place dans la thérapeutique de l'épilepsie; les *fleurs de tilleul* et d'*oranger*, la *menthe*, la *mélisse*, le *narcisse des prés*, le *gallium* qui entre encore dans la composition du remède secret administré à l'asile de la Teppe, etc.

Le *camphre*, malgré l'incertitude de son efficacité comme anaphrodisiaque, est encore recommandé dans les cas où l'onanisme paraît jouer un rôle comme cause excitante des accès.

L'*éther* a été employé par la voie gastrique et en inhalations, mais sans succès; il paraît plutôt capable, comme le chloroforme d'ailleurs, de provoquer des accès. Le *nitrite d'amyle* (Weir Mitchell) donné en inhalations n'a réussi que dans les mains de Crichton Browne. L'*hydrate d'amylène*, prescrit aux doses de 2 à 8 grammes par jour (Wildermuth, Nacke, Umpfenbach, Weber, Jastrowitz, Jolly), n'a pas eu plus de succès.

Quant à l'*opium* et à ses dérivés, il est même douteux qu'ils puissent calmer pour un moment les accès; mais ils n'ont aucune influence sur la marche de la maladie.

La *valériane*, introduite par Arétée, a été surtout recommandée par Tissot ; on l'emploie sous forme de poudre ou d'extrait, le plus souvent associée à la belladone ou à l'oxyde de zinc. L'acide valérianique, auquel la valériane doit ses principales propriétés, peut être prescrit à la dose de deux à dix gouttes par jour; mais il s'emploie plus souvent à l'état de *valérianate d'ammoniaque*, de *zinc*, de *fer*, de *quinine*, d'*atropine*.

L'*asa fœtida*, la *gomme ammoniaque*, l'*ail*, la *rue*, le *musc*, le *castoréum*, le *datura stramonium*, la *jusquiame*, l'*aconit*, ont eu leurs partisans, mais ne trouvent plus que des sceptiques.

La *belladone* a été préconisée au siècle dernier par Stoll et Hufeland ; elle a surtout été vantée par le Père Debreyne, médecin de la Grande-Trappe, qui lui aurait dû de nombreux succès ; mais ces résultats heureux n'ont pu être confirmés par ceux qui ont voulu l'imiter. Trousseau pourtant a remis en honneur la belladone dans le traitement d'une manifestation épileptiforme, l'incontinence nocturne d'urine des enfants, contre laquelle elle réussit en effet certainement dans quelques cas, soit seule, soit associée au bromure de potassium, et il lui attribue aussi des succès contre l'épilepsie convulsive. Il donnait l'extrait associé à la poudre de feuilles, $0^{gr},01$ de chaque pour une pilule; il prescrivait une seule pilule pour commencer, augmentant d'une pilule par mois, et arrivait à dépasser vingt pilules par jour, ne reconnaissant d'autres limites que celle de la tolérance du malade. Si la belladone était difficilement supportée, il n'augmentait la dose que tous les deux, trois ou quatre mois. Lorsqu'il avait obtenu une modification heureuse, il maintenait la dernière dose, puis diminuait en progression inverse. Il essayait enfin de suspendre la médication, pour reprendre après un intervalle de repos, dont la durée est subordonnée à l'amélioration du mal.

L'*atropine*, principe actif de la belladone, a été administrée soit sous forme de sulfate neutre (Trousseau et Pidoux), soit sous celle de valérianate, $0^{gr},0005$ chez les enfants, jusqu'à $0^{gr},002$ chez les adultes (Michéa).

La belladone est un antiépileptique que les bromures laissent loin derrière eux, mais elle pourrait dans quelques circonstances leur être d'un utile appui (Gowers). Elle paraît surtout réussir contre les formes frustes. Hughlings Jackson pense que la dose doit être portée jusqu'à la production de la sécheresse de la gorge; elle agirait surtout, d'après lui, dans l'épilepsie nocturne, et il conseille de l'administrer de préférence le soir. Pierret a relevé que dans beaucoup d'épilepsies vertigineuses ou impulsives, elle provoque des attaques convulsives franches, qui amènent un soulagement et une amélioration de l'état général. D'après lui, elle agirait heureusement à la dose de $0^{gr},08$ au plus sur les vertiges, sur les impulsions et sur l'état intellectuel; mais il faut convenir que les observations publiées par son élève Ray ne sont guère probantes.

La belladone a été associée non seulement aux *bromures*, mais surtout aux *sels de zinc*, au *lactate de zinc* (Récamier, Ball).

J'administrais autrefois la belladone sous forme d'extrait par pilules de $0^{gr},02$ dont je donnais deux pour commencer, et j'augmentais d'une pilule par semaine. Depuis je n'augmente guère que toutes les trois ou quatre semaines, et il m'est arrivé de pouvoir augmenter jusqu'à $0^{gr},76$ ou $0^{gr},80$ par jour sans aucun signe d'intoxication. Il n'est pas sans intérêt de noter que l'intolérance peut se manifester brusquement sous l'influence d'une émotion vive et sans doute aussi sous l'influence d'autres conditions de dépression; chez un sujet, dont la tolérance est parfaite, on voit apparaître à la suite d'une peur, les divers symptômes de l'intoxication, pesanteur de tête, vertiges, dilatation des pupilles, illusions de la vue, sécheresse de la gorge, diarrhée, etc.[1] A la suite de ces intoxications aiguës, la tolérance peut être notablement diminuée.

J'ai souvent donné la belladone à des malades qui n'avaient

1. Ch. Féré. — Un nouveau fait pour servir à l'histoire de l'influence des chocs moraux sur l'intoxication (*C. R. Soc. de biologie*, 1895, p. 654).

éprouvé aucun bénéfice d'autres traitements et avaient mal toléré les bromures. Dans l'épilepsie convulsive, je n'ai guère obtenu que des améliorations temporaires et de peu de durée. Les suspensions prolongées, analogues à celles qu'on observe souvent sous l'influence des bromures, paraissent très rares ; toutefois, j'ai observé un succès durable, comme je l'ai encore vérifié récemment, dans un cas d'épilepsie vertigineuse à accès très fréquents qui ont complètement disparu à la suite d'un traitement par l'extrait de belladone porté jusqu'à la dose de 34 centigrammes par jour[1].

Sur 27 malades qui ont pris le sulfate d'atropine à des doses variant de $0^{gr},002$ à $0^{gr},006$ par jour, il n'y a eu que 2 améliorations notables et 6 améliorations légères. Sur 17 malades qui ont pris l'atropine à des doses variant de $0^{gr},0025$ à $0^{gr},016$ par jour, on ne trouve que 2 améliorations notables et 2 améliorations légères.

La *jusquiame* (Récamier), l'*hydrocyamine* (Reinhart, Gnauk), ont été souvent employées, associées à la belladone ou dans le but de la suppléer.

La *solanine* a été préconisée dans le traitement de l'épilepsie par Geneuil, mais elle paraît surtout efficace dans les tremblements (Capparoni, Grasset, Sarda) ; elle peut être utilisée dans les épilepsies hémiplégiques avec tremblement permanent : Castan la donne à la dose de $0^{gr},15$ à $0^{gr},30$[2].

La *duboisine*, qui a été employée à titre de calmant chez les aliénés et chez les hystériques, a aussi été administrée contre les paroxysmes épileptiques. Civadelli et Giannelli l'ont prescrite en injections sous-cutanées à la dose d'un milligramme, en augmentant de un dixième jusqu'à un milligramme et demi ; ils prétendent qu'elle a surtout une action sur les équivalents psychiques.

Citons pour mémoire le *cotyledon umbilicus* employé

1. Ch. Féré. — Note sur la belladone dans le traitement de l'épilepsie (*Journ. des connaissances médicales pratiques*, 1895, p. 373).

2. Bonamaison. — Contrib. à l'étude de la solanine et de ses effets dans la cure des tremblements. *Thèse de Montpellier*, 1891.

par Graves, la *rhus aromatica* employée sous forme d'extrait fluide, le *veratum viride* qui a été recommandé contre les convulsions infantiles et l'éclampsie puerpérale[1].

Les *sels de zinc* ont été souvent employés contre l'épilepsie, le *lactate*, l'*acétate* (Richter), le *sulfate* (Babington), le *valérianate* (Martin-Solon); mais c'est l'*oxyde de zinc* qui a tenu la principale place. L'oxyde de zinc, préconisé par Gaubius, tour à tour repris et délaissé, a surtout été remis en honneur par Herpin. Il peut être prescrit graduellement jusqu'aux doses de 1, 2, ou même 3 grammes par jour et même plus, sans donner lieu à d'autres inconvénients que de la diarrhée et des nausées. Quelques malades ne peuvent le supporter, même à de très petites doses. Il faut commencer par $0^{gr},06$ ou $0^{gr},08$, et, même à ces doses, il peut donner de la diarrhée; chez les enfants, il est bon de commencer par $0^{gr},02$. L'oxyde de zinc paraît dans certains cas être un utile adjuvant des bromures, et dans quelques-uns, on obtient avec des doses modérées d'oxyde de zinc seul, $0^{gr},25$ à $0^{gr},30$, un soulagement que n'avaient pas produit les bromures. L'oxyde de zinc a été souvent administré dans les *pilules de Méglin*, qui contiennent en même temps de la jusquiame et de la valériane. Herpin en a obtenu des guérisons chez des sujets de tous âges, même chez un vieillard de soixante-quatorze ans. Il l'a prescrit jusqu'à la dose de 6 grammes par jour.

Le *nitrate d'argent* s'est vu attribuer un certain nombre de succès; je n'ai observé que des améliorations passagères.

L'*étain* sous différentes formes a été recommandé par Fothergill, Cullen, Shearman, etc.); mais son utilité reste douteuse.

Diverses préparations de *cuivre* ont été conseillées, le *cuivre porphyrisé*, le *sulfate de cuivre ammoniacal*, aussi bien contre l'épilepsie vulgaire (Biett), que contre les formes frustes, notamment contre la névralgie faciale épileptiforme (Ferréol).

Le *nitrite de sodium* a été conseillé par Ralfe.

1. Fanton d'Andon. — Etude sur l'emploi en Amérique du veratrum viride dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. *Thèse de Paris*, 1897.

Depuis quelques années, le *borax* jouit de quelque réputation dans le traitement de l'épilepsie. Cependant les faits publiés jusqu'à présent sont peu probants en faveur de l'utilité de ce médicament ; ils sont peu nombreux, en général l'observation a duré peu de temps et on n'y trouve pas de comparaison avec les effets d'autres médicaments, et en particulier avec ceux des bromures. Plusieurs auteurs notent des succès incomplets, ou des améliorations momentanées.

Dans une étude portant sur 122 cas[1], j'ai vu que dans sept dixièmes des cas l'effet a été nul, dans deux dixièmes il a eu des améliorations douteuses ou temporaires, et dans un dixième à peine on a eu des améliorations plus considérables.

Si le borax a une action thérapeutique peu marquée, il a des inconvénients qu'il n'est pas inutile de rappeler et que j'ai groupés sous le nom de *borisme*. Gowers avait déjà signalé la diarrhée, les nausées et les vomissements provoqués par l'ingestion du borax à petites doses. J'ai obtenu aussi dans ces conditions les mêmes inconvénients auxquels s'ajoutent des poussées d'eczéma séborrhéique. Les troubles intestinaux sont les plus fréquents et les plus précoces, et ils sont souvent assez intenses dès le début pour arrêter la tentative.

Le borax détermine une sécheresse des téguments qui s'étend non seulement à la peau, mais aussi aux muqueuses ; la muqueuse de la langue et des lèvres est rouge, dépouillée, les lèvres présentent souvent des fissures ; la conjonctive est injectée. La sécheresse de la peau coïncide souvent avec une sécheresse remarquable des cheveux et des poils qui tombent en laissant la peau parfaitement saine en apparence. L'alopécie est disséminée non seulement sur toute l'étendue du cuir chevelu, mais à la face, aux sourcils, où l'on ne voit aucune trace de poils cassés. Plusieurs fois j'ai vu les aisselles et le pubis complètement dénudés, le reste du corps étant absolument glabre. Les ongles présentent souvent une striation ou des cannelures longitudinales. La desquamation qui se produit

1. Ch. Féré. — Du borax dans le traitement de l'épilepsie (*Revue de médecine*, 1895, p. 750).

autour de la matrice des ongles est quelquefois compliquée d'onyxis, surtout au gros orteil. Le borax peut provoquer des manifestations cutanées constitutionnelles et en particulier les psoriasis ; mais quelques formes d'éruptions lui appartiennent particulièrement. La plus fréquente est l'eczéma séborrhéique qui peut prendre des aspects assez variés, mais dans la production duquel la sécheresse de la peau paraît jouer, comme je l'ai montré, un rôle important. Les éruptions d'acné séborrhéique s'accompagnent d'une desquamation mince et sèche du cuir chevelu, avec ou sans alopécie. Elles disparaissent souvent, comme les troubles gastro-intestinaux du reste, sans interruption du traitement sous l'influence de l'antisepsie intestinale et du traitement local usuel. A la suite du traitement local, l'eczéma borique et la desquamation du cuir chevelu restent souvent des mois sans se reproduire, même quand on constitue le traitement par le borax.

D'autres fois, l'éruption borique se manifeste sous formes de plaques rubéoliformes ou scarlatiniformes, de papules plus ou moins confluentes s'accompagnant d'un prurit d'intensité variable. A cette éruption succède quelquefois une desquamation tantôt fine, tantôt par larges plaques. Du reste, il n'est pas rare de voir se produire, sans éruption préalable, une desquamation, surtout apparente aux extrémités qui se dépouillent complètement de leur épiderme ; les mains et les pieds, imprégnés d'une sueur visqueuse, présentent la couleur rose et la surface plissée qu'on leur voit chez le nouveau-né. Plusieurs fois j'ai vu ces éruptions papuleuses confluentes s'accompagner de pétéchies ; on peut observer aussi le purpura [1]. Du reste, les éruptions généralisées s'accompagnent ordinairement d'un état cachectique qui peut d'ailleurs se manifester en dehors de toute éruption.

On observe encore quelquefois chez ces sujets intoxiqués par le borax des éruptions furonculeuses. Parmi les autres phénomènes toxiques, je rappellerai encore des myosites se localisant

1. Ch. Féré. — Note sur l'infidélité du borax dans le traitement de l'épilepsie et sur un accident de cette médication (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1896, p. 197).

sur le sterno-mastoïdien qui est en quelque sorte un muscle professionnel chez les épileptiques, des poussées de thyroïdite avec symptômes basedowiens.

La cachexie borique s'accompagne souvent d'œdème des extrémités inférieures, d'une teinte cireuse générale du tégument qui, jointe à l'alopécie générale, à l'état des muqueuses, donne aux malades un aspect particulièrement misérable. Mais cet état guérit assez facilement quand il n'est pas compliqué de lésions rénales qui se manifestent par une albuminurie abondante. Ces lésions rénales peuvent guérir par la suppression du médicament, mais elles peuvent aussi entraîner la mort par urémie, malgré la suppression du médicament.

L'inefficacité de la suppression du médicament peut s'expliquer par la lenteur de son élimination. Comme nous l'avons constaté avec P. Carnot, après l'injection de 4 grammes de borax, l'urine d'un individu normal en contient déjà des traces au bout de vingt-cinq à trente minutes. Mais cette élimination est très lente : chez un individu qui avait pris 10 grammes de borax par jour, on retrouvait encore la réaction caractéristique de l'urine après une suppression de quarante et un jours ; chez un autre qui n'avait pris que 6 grammes par jour, elle s'est montrée jusqu'au cinquante-troisième jour.

Chez les boriqués, l'œdème des membres inférieurs n'est pas seulement lié à l'état cachectique, à des lésions cutanées généralisées, à des lésions rénales ; on le voit quelquefois se manifester dès les premiers jours du traitement, avec de faibles doses, à l'état d'isolement, et avec des alternatives indépendantes de changements de doses. J'ai vu plusieurs fois ces œdèmes ne se manifester chez un même malade qu'à la suite d'accès d'épilepsie et disparaître avec les phénomènes d'épuisement post-épileptique. On peut se demander s'il ne s'agit pas d'une action vaso-paralytique susceptible d'expliquer les quelques faits heureux de ce médicament.

En résumé, si le plus souvent le borax n'a aucune action, ou n'a qu'une action éphémère sur l'épilepsie, il n'est pas douteux qu'il peut être utile dans quelques cas et qu'il peut même se

montrer supérieur aux bromures. Il y a donc lieu de ne pas renoncer à ce médicament; mais c'est un médicament non seulement infidèle mais dangereux, dont il faut surveiller constamment l'usage, principalement en raison des accidents rénaux qui peuvent se produire même à des doses peu élevées.

La *coque du Levant*, et son alcaloïde, la *picrotoxine*, paraissent avoir donné quelques résultats heureux (Couyba, Hambursin).

La teinture de coque du Levant se prescrit aux doses de vingt à soixante gouttes ; la picrotoxine de $0^{gr},002$ à $0^{gr},010$. Planat aurait obtenu 16 guérisons avec des doses de $0^{gr},0005$ à $0^{gr},001$ par jour de picrotoxine. La picrotoxine a été associée aux bromures avec succès, dit-on[1]; mais quelle part prend-elle au résultat ?

Larrea ayant annoncé qu'il s'était guéri lui-même avec le *simulo* (fruit du *Copparis coriacea*), ce remède a été essayé par plusieurs praticiens en Angleterre et en Amérique, mais sans résultat durable.

Les *sels de pilocarpine* ont été préconisés dans le traitement de l'épilepsie par Cholland et Rabaud ; Bourneville a essayé le *nitrate* de pilocarpine avec un succès contestable. J'ai essayé le *chlorhydrate* ; mais les résultats ont été décourageants. Avec des doses relativement faibles de $0^{gr},01$ à $0^{gr},015$ en injections sous-cutanées, on voyait se produire en même temps que la sueur, et même un peu avant, une érection très marquée des poils, la chair de poule étendue à tout le corps, puis un tremblement généralisé, et enfin au bout de quelques minutes un accès d'épilepsie. J'avais cessé les essais. Depuis que Kernig a annoncé un succès dans un cas d'état de mal par l'injection de $0^{gr},02$ du même chlorhydrate de pilocarpine, j'ai eu occasion encore de vérifier les mêmes effets néfastes de ce médicament[2].

1. Poulet. — Traitement de l'épilepsie par l'emploi combiné des bromures et d'un agent organique capable d'anémier les centres nerveux, etc. (*Bull. gén. de thérapeutique*, 1891, p. 193).

2. Ch. Féré. — Note sur la provocation des accès d'épilepsie par la pilocarpine (*C. R. de la Soc. de biologie*, 1892, p. 409).

Le *curare*, introduit par Thiercelin dans la thérapeutique de l'épilepsie, n'a pas répondu à l'attente.

On a attribué au *sulfonal* des effets heureux[1] que j'ai vainement essayé de reproduire.

J'ai observé maintes fois le soulagement des céphalées épileptiques par l'*antipyrine* ; mais je n'ai jamais obtenu aucune modification des accès convulsifs. Lemoine aurait obtenu d'heureux résultats dans des cas où des attaques étaient liées à la période menstruelle, dans les névralgies et les migraines ; mais les observations de Fraty relatives aux convulsions sont peu probantes[2]. Mac Call Anderson a cité un cas de guérison chez un enfant, mais le cas n'a pas été suffisamment suivi et le malade avait déjà éprouvé une suspension de quinze mois sous l'influence de vésicatoires sur la tête[3]. L'antipyrine a été prescrite aux doses quotidiennes de 3 à 8 grammes ; toutefois, elle ne doit être administrée qu'avec une certaine prudence :

Tuczek a vu chez un enfant des accès épileptiformes précédés de vomissements et d'insomnie se produire en conséquence de l'ingestion de ce médicament.

Amadéi aurait obtenu un succès relatif en combinant l'action de l'antipyrine à celle du bromure. On a signalé des succès de l'antipyrine dans l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants[4]. Le *trional*, préconisé par Weir Mitchell[5], m'a procuré un soulagement notable dans plusieurs cas.

1. L. Énon. — Du sulfonal, son action dans l'épilepsie. *Thèse de Paris*, 1890.

2. Fraty. — L'antipyrine et les convulsions épileptiques. *Thèse de Lyon*, 1888.

3. Mac Call Anderson. — Case of epilepsy cured by antipyrine (*The Amer. Journ. of med. sc.*, 1891, p. 485).

4. Bouisson. — L'antipyrine dans certaines maladies de l'enfance. *Thèse de Lyon*, 1890.

Gaudez. — Du traitement par l'antipyrine de l'incontinence d'urine essentielle chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1891.

5. S. W. Mitchell. — Trional in epilepsy (*Univ. med. magazine*, Philad., 1895-96, VIII, p. 431). — Harris. — Some obs. on the treatement of epilepsy (*State. hosp. Bull.*, N. Y., 1896, I, p. 524). — Frost. — Sulfonal and trional in epilepsy (*Ibid.*, p. 536).

III

Des bromures dans le traitement de l'épilepsie.

A. — MODE D'ADMINISTRATION ET ACTION THÉRAPEUTIQUE.

Depuis de longues années déjà, les *bromures* tiennent la première place parmi les remèdes employés contre l'épilepsie et leur étude méritera de nous arrêter plus longtemps.

Andral commença en 1834 sur le brome des expériences qui montrèrent une action sédative évidente sur les douleurs des arthrites chroniques. Les propriétés anesthésiques du *bromure de potassium* furent mises en lumière par Puche en 1850. C'est l'année suivante que Ch. Locock employa le premier le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie ; sur 15 malades il obtint 14 succès. Après lui Wilks, Bland Radcliff, Brown-Séquard, Williams, Clouston le donnèrent avec des soulagements divers. En France, Romain Vigouroux, Blache, Bazin, J. Besnier en obtinrent des résultats satisfaisants ; mais c'est surtout Auguste Voisin qui mit bien en lumière ses propriétés ; puis vinrent J. Falret, Thomas de Sedan, Legrand du Saulle, Teissier de Lyon.

L'action physiologique du bromure de potassium a été étudiée par Huette et surtout par Martin-Damourette et Pelvet, qui montrèrent ses propriétés « anesthésiques et amyosthéniques », son « action hyposthénisante nerveuse et vasculaire ». Huette avait signalé les propriétés sédatives du bromure sur les fonctions génitales et l'anesthésie pharyngée dont A. Voisin a fait depuis un signe de saturation.

Le bromure de potassium est sans contredit le plus efficace, mais il n'est pas le seul qui puisse être utile. Plusieurs bromures ont excité des préférences, mais on trouve peu d'expériences comparatives propres à les justifier ; les documents sont tout aussi rares si on veut juger la valeur de l'association

des différents bromures. J'avais accepté [1] sur la foi des auteurs que le bromure de potassium peut être suppléé par les *bromures de sodium*, d'*ammonium*, de *lithium*, employés isolément ou concurremment et que même ces diverses préparations peuvent dans certains cas avoir des effets plus utiles. Une expérience plus longue m'a montré qu'il faut apporter quelques réserves à cette opinion. Si je voulais classer les bromures d'après leur valeur thérapeutique dans l'épilepsie, je placerais au premier rang, après le bromure de potassium, le *bromure de strontium* que j'ai expérimenté avec suite depuis plusieurs années [2]. Dans un bon nombre de cas le bromure de strontium semble capable de maintenir intégralement les effets antérieurs du bromure de potassium aux mêmes doses; d'autres fois son efficacité est moindre, mais il est mieux supporté à des doses plus élevées qui deviennent efficaces; il a à peu près constamment l'avantage d'être mieux toléré par l'estomac. Quant aux bromures de sodium et d'ammonium, chaque fois que j'ai essayé de les substituer au bromure de potassium aux mêmes doses, ils se sont montrés inefficaces, et souvent l'inefficacité s'est maintenue en élevant notablement les doses.

J'ai vu bien souvent que le mélange des bromures d'ammonium, de sodium et de potassium échoue complètement lorsqu'on le substitue au bromure de potassium aux mêmes doses de sel; dans bien des cas le polybromure n'arrive à suppléer le bromure de potassium que lorsque la prise journalière est élevée de telle sorte que la quantité de bromure de potassium qu'il contient s'approche de la quantité de ce dernier pris isolément au début de l'expérience. Toutefois il existe des différences individuelles considérables au point de vue de la tolérance des divers bromures et lorsque ceux qui sont ordinairement les plus utiles n'ont pas pu être donnés aux doses efficaces, il ne faut pas manquer d'essayer les autres

1. Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, 1890, p. 534.

2. Ch. Féré. — Note sur le bromure de strontium dans l'épilepsie, *C. R. Soc. de biologie*, 1891, p. 665.

ou leurs combinaisons ; s'ils sont tolérés à plus hautes doses, ils peuvent rendre des services.

D'autres composés du brome ont encore été employés dans le traitement de l'épilepsie. Le *bromure de camphre* (Deneffe, Bourneville, Pathault) réussirait surtout dans l'épilepsie à forme vertigineuse[1]. Les *bromures d'arsenic* (Clément), le *bromure de calcium* (Hammond), le *bromure de zinc* (Charcot, Bochefontaine, Bourneville), le *bromure de nickel* (Da Costa, Bourneville), le *bromure d'or* (Bourneville, Goubert, Danillo) se sont montrés assez infidèles. Laufenauer a proposé un mélange de *bromures de rubidium* (34 p. 100) et d'*ammonium* (64 p. 100) à la dose de 2 à 8 grammes par jour, qui aurait été utilisé avec succès par Rottenbilder. Donath a donné le *bromure d'éthylène* à l'intérieur en solution dans l'huile à la dose de $0^{gr},10$ à $0^{gr},30$. Quant au *bromure d'éthyle* qui a été préconisé en inhalations comme anesthésique, il n'a pas paru capable d'influencer l'épilepsie (Bourneville et d'Olier).

En traitant de la bromuration en général, nous aurons surtout en vue le bromure de potassium. Le bromure doit être administré par la voie gastrique ; il doit être employé pur, c'est-à-dire ne pas contenir d'éléments étrangers, principalement pas d'iodure et surtout de chlorure de potassium, de sulfate et de carbonate de potasse. Lorsque le bromure est donné à jeun, il détermine quelquefois des crampes d'estomac ; si on le donne après le repas, mais à une époque trop rapprochée, moins de deux heures et demie ou trois heures, il trouble les digestions et est souvent difficilement toléré ; le mieux est de le donner au commencement des repas, ou un peu avant[2].

Le contact prolongé et répété du médicament avec les dents a été accusé de favoriser la carie dentaire ; on pourra éviter cet inconvénient en faisant laver la bouche après l'ingestion de chaque dose ; nous verrons du reste que l'antisep-

1. Bourneville. — De l'emploi du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie vertigineuse, *Progrès médical*, 1893, 2e série, t. XVII, p. 339.

2. Putzeys. — De l'influence de l'iodure et du bromure de potassium sur la digestion stomacale, *Bull. acad. roy. de Belgique*, 1877, p. 213.

MAR 2 1971

sie buccale ne manque pas d'intérêt au cours de la bromuration.

On ne peut espérer d'effet thérapeutique que lorsque le médicament produit des effets physiologiques : lassitude, somnolence, anaphrodisie, suppression de la nausée réflexe produite par l'irritation mécanique de la base de la langue et du pharynx. On a considéré avec Auguste Voisin ce dernier signe comme une marque de saturation qu'il est inutile de dépasser et qu'il faut maintenir tant que la guérison n'est pas assurée. Mais la dose qui produit l'anesthésie pharyngée peut être dépassée depuis longtemps sans que les autres effets physiologiques en soient arrivés à constituer un état morbide, et sans qu'on doive renoncer aux chances de succès de l'augmentation progressive. Cette réserve est d'autant plus indispensable qu'en dehors de la bromuration on peut trouver deux épileptiques sur trois sans réflexe pharyngien. On voit d'autre part quelquefois de hautes doses de bromure ne pas abolir le réflexe pharyngien[1].

Depuis le mémoire de A. Voisin[2] la dose maxima du bromure ne dépassait guère 12 grammes, et ce n'est que dans ces dernières années qu'on a donné, autrement qu'à titre d'exception, des doses plus fortes. S'il est vrai que les cas les plus favorables sont ceux qui sont influencés par des doses moyennes de 4 à 8 grammes, il n'est pas douteux que beaucoup d'épilepsies qui résistent à ces doses sont susceptibles d'être modifiées par des doses plus fortes. Pourtant ce n'était pas seulement l'utilité des hautes doses qui était contestée, c'était aussi son innocuité. J'ai apporté déjà des faits propres à démontrer à la fois cette utilité et cette innocuité[3] et depuis mes observations se sont multipliées; aujourd'hui je puis montrer des malades qui

1. Ch. Féré. — Note sur le réflexe pharyngien chez les épileptiques, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1897, p. 967.

2. A. Voisin. — De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses 4°. 1875.

3. Ch. Féré. — La bromuration à hautes doses dans l'épilepsie, *Revue de médecine*, 1894, p. 177. — L'individualité biologique et la tolérance des médicaments, *Journ. des connaissances médicales pratiques*, 1897, p. 67.

tolèrent par jour plus de 30 grammes de bromure avec un bénéfice au point de vue convulsif et une augmentation de poids qui prouve bien que leur nutrition n'est pas profondément altérée. Il va sans dire que ces doses élevées ne peuvent être utilisées que dans des cas exceptionnels; mais il était nécessaire de montrer que la tolérance du bromure est beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement.

La tolérance varie avec l'âge et le tempérament des individus, mais il n'y a que l'expérience qui puisse renseigner sur ses limites. Les enfants de moins d'un an supportent parfaitement des doses de 40 et 50 centigrammes par jour, à condition que le sel soit suffisamment dilué pour éviter l'irritation de l'estomac; au-dessus d'un an, ils peuvent prendre le double. Les enfants de quatre à cinq ans supportent 2, 3 et 4 grammes par jour, et de dix à quinze ans, ils le tolèrent presque aussi bien que des adultes. Rien ne peut faire prévoir le degré de tolérance d'un individu; il faut le tâter par de petites doses et monter graduellement : en général je n'augmente pas de plus d'un gramme toutes les trois ou quatre semaines.

On ne peut espérer lutter contre l'habitude convulsive que par une action antispasmodique permanente. C'est en réalisant un degré de saturation convenable et qu'on ne peut déterminer que par l'expérience, qu'on peut parer les décharges. Pour que ce degré de saturation soit aussi constant que possible, il faut que le bromure soit administré à doses uniformes et aussi régulièrement espacées que possible. La méthode d'administration à doses graduelles en augmentant d'un gramme par semaine pendant quatre ou cinq semaines pour revenir à la dose primitive, préconisée par Charcot, me paraît devoir être abandonnée, de même que la méthode à doses massives des Anglais et consistant à donner une forte dose seulement tous les deux ou quatre jours. On a pu croire qu'il y avait bénéfice à donner le bromure un peu avant l'heure à laquelle les accès se produisent ordinairement; mais les faits sur lesquels on s'appuie sont peu probants. En général, la bromuration par saccades ne fait que troubler la périodicité des accès; c'est la saturation

permanente qui suspend l'épilepsie. La difficulté est justement d'obtenir le degré de saturation convenable et de s'y tenir sans inconvénient. Les procédés d'administration qui ont pour but d'éviter la difficulté ne sauraient atteindre le but.

Legrand du Saulle admettait, et c'est une pratique assez courante, autant que j'en puis juger, que lorsque les attaques sont suspendues depuis un ou deux ans, on peut essayer graduellement de supprimer le bromure, un jour sur trois, un jour sur deux, une semaine par mois. Mais, disait A. Voisin, il y a plus de vingt ans, « en présence des rechutes survenues après six ou huit ans et même plus, je considère que la durée du traitement doit être au moins de dix ; et j'inclinerais à penser que le bromure de potassium doit rester pour ainsi dire un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri, ou dont il a suspendu la maladie ». On ne peut faire à cette opinion qu'un reproche, c'est d'être encore trop dubitative. Cependant depuis que je suis en contact avec des épileptiques, soit dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre, soit ailleurs, j'ai bien souvent entendu les malades et les médecins protester contre cette formule pessimiste.

Les preuves de la nécessité de la continuité du traitement sont d'ailleurs difficiles à fournir. Les malades hospitalisés qui ont obtenu une suspension de plusieurs années, réclament leur sortie, et souvent on n'entend plus parler d'eux ; on les compte comme définitivement guéris. Quant aux malades de la ville, si on a connaissance d'une rechute, comme ils n'ont nécessairement été soumis qu'à une surveillance incomplète, on peut se demander si la suspension n'était pas seulement apparente et s'ils n'avaient pas toujours eu des accidents plus ou moins fréquents qui passaient inaperçus dans les familles. Je connais un malade soigné autrefois par Legrand du Saulle qui a eu une suspension apparente de douze ans des accès convulsifs. Pendant dix ans à partir du dernier accès, il a continué à prendre du bromure. Convaincu qu'il était guéri il a cessé. La suspension a duré encore deux ans, puis il a été repris d'attaques fréquentes qui n'ont cessé qu'après plus d'un an de bro-

muration à doses élevées. S'il peut rester pour ce cas des doutes sur la réalité de la suspension des troubles épileptiques, il n'en est pas de même pour ceux qu'on peut suivre à l'hospice et qui montrent aussi que même lorsqu'il s'est écoulé plusieurs années sans manifestations convulsives, l'habitude spasmodique n'est pas rompue. Lorsqu'on cesse la bromuration ou même lorsqu'on la diminue, on s'expose à voir reparaître les accès. C'est une action suspensive plutôt qu'une action curative qu'il faut attribuer aux bromures.

Leur efficacité ne peut être persistante qu'à la condition qu'ils restent en action d'une manière continue. Sans doute on peut citer de nombreux exemples de malades qui, après avoir vu leur accès disparaître sous l'influence d'une bromuration prolongée, ont pu abandonner le traitement pendant des années ; mais c'est un résultat qu'on ne peut pas prévoir ni promettre, et il est toujours imprudent d'en encourager l'espoir en dehors des cas où on peut croire que la cause provocatrice des accidents a été reconnue et supprimée. La continuité du traitement doit être la règle absolue ; on doit résister à toutes les tentatives que font les malades pour en sortir, et ils doivent être prévenus que s'ils en sortent, c'est à leurs risques et périls [1].

Les maladies intercurrentes ne sont pas un prétexte suffisant de suspension, sauf le cas d'adynamie. Il faut se souvenir que lorsque l'épilepsie a été contrainte pendant un certain temps par le médicament, il peut se faire que s'il est suspendu, elle se reproduise pour ainsi dire à l'état aigu sous forme d'état de mal ; le malade est exposé à liquider l'arriéré, comme disait Legrand du Saulle. Lorsque des crises d'épilepsie larvée ont été suspendues par le bromure, la suppression de ce médicament peut être suivie de crises convulsives [2].

La conduite qui s'impose quand le bromure a eu un succès complet, s'impose aussi quand le résultat a été moins satisfai-

1. Ch. Féré. — De la nécessité de la bromuration continue chez les épileptiques soi-disant guéris, *Revue de médecine*, 1895, p. 268.

2. Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, p. 566.

sant, quand on n'a obtenu qu'une diminution en nombre ou en intensité des paroxysmes.

La suspension du bromure n'est pas seulement dangereuse lorsqu'il a eu des effets heureux à un degré quelconque ; elle en présente encore souvent lorsque ces effets ont paru manquer.

Lorsqu'un malade a été soumis pendant longtemps à un traitement bromuré sans diminution ou même avec augmentation des paroxysmes, si on vient à supprimer le médicament, soit parce que le malade lassé exige la suppression, soit parce qu'il le tolère mal, il n'est pas rare de voir au bout de quelques jours se produire une série d'accès et même quelquefois un état de mal. Ces suspensions brusques peuvent avoir une issue fatale et d'autant plus dramatique qu'elle se produit dans un milieu moins prévenu : il y a un grand intérêt pour le médecin à avoir l'œil ouvert. Il peut être dangereux d'essayer les coups de théâtre avec les médicaments nouveaux.

L'action latente du bromure qui vient d'être signalée, mérite d'être rapprochée d'un fait peu contestable, c'est la rareté absolue de l'état de mal dans les services où on pratique la bromuration systématique même chez les malades dont les accès ne paraissent pas influencés par le bromure.

Le bromure n'agit pas seulement sur les accidents convulsifs, il agit sur toutes les formes de paroxysmes épileptiques, aussi bien sur les formes psychiques que sur les formes douloureuses, aussi bien sur les convulsions internes que sur les spasmes extérieurs.

Il est difficile de dire avec quelle fréquence le bromure agit sur les accidents épileptiques, cette fréquence varie avec le champ d'observation ; mais lorsqu'on peut observer les malades avec suite comme dans les hospices et les asiles, bien qu'il s'agisse de cas graves en général, on peut dire que les trois quarts des malades éprouvent temporairement ou définitivement un bénéfice quelconque du traitement bromuré. Quant aux cas plus légers de la pratique civile, ils échappent à l'analyse statistique : il faudrait se garder de considérer comme guéris les malades qu'on ne revoit plus.

Le bromure ne trouve guère de contre-indications individuelles à part l'intolérance. Weir Mitchell a signalé une susceptibilité chez les individus atteints d'une lésion cérébrale. Chez les sujets qui sont atteints de lésions cardiaques, le bromure pourrait déterminer des phénomènes de dépression cardiaque (Da Costa). Mais chez les individus dont le cœur est sain, il n'a jamais cette action, il peut même être la sauvegarde du cœur sujet à faiblir à la suite des accès[1]. Le bromure administré pendant la grossesse ne gêne en rien l'évolution du fœtus et n'exerce aucune influence sur la puerpéralité lorsqu'il n'existe aucune cause d'infection. La grossesse constitue une indication du bromure chez les femmes épileptiques ; même si le médicament n'agit pas sur la mère, il y a lieu d'espérer qu'il peut exercer une heureuse influence sur le produit : il n'est pas douteux en effet que le bromure de potassium passe à travers le placenta et pénètre dans le fœtus[2]. Ce n'est pas seulement chez les femmes notoirement épileptiques que le bromure est indiqué, il l'est encore chez celles qui ont eu dans une grossesse antérieure ou à propos d'un accouchement des attaques dites éclamptiques ; il y a lieu d'espérer que la bromuration peut constituer une mesure préventive importante. Du reste le bromure a pu donner des résultats avantageux, lorsque l'éclampsie s'était déjà manifestée.

Je pourrais citer plusieurs enfants nés d'épileptiques bromurés qui ont dépassé l'âge des convulsions infantiles sans les avoir éprouvées. Mais outre que l'hérédité n'est pas fatale, il est impossible de faire la part de la bromuration pendant la grossesse et de la bromuration pendant l'allaitement. Le bromure s'élimine par les glandes mammaires en activité : Barthélemy, Kaposi, Murphy ont rapporté des cas de bromisme par allaitement. On peut donc bromurer les enfants en bromurant la nourrice.

Rabuteau qui a étudié la durée de l'élimination du bromure

1. Ch. Féré. — Asystolie post-épileptique, *Revue neurologique*, 1897, p. 153.
2. Porak. — De l'absorption des médicaments par le placenta et de leur élimination par l'urine des enfants nouveau-nés, *Thèse de Paris*, 1878, p. 49.

de potassium par l'urine a constaté qu'on peut en retrouver encore des traces après trois semaines. Chez un malade qui prenait 15 grammes de bromure de potassium par jour depuis plusieurs années et qui refusa ensuite le médicament, nous en avons trouvé encore avec M. Herbert des traces non douteuses le trente-quatrième jour.

Le bromure de potassium s'accumule donc dans l'organisme ; mais s'accumule-t-il d'une manière plus marquée dans certains viscères ou dans certains tissus? Deux analyses de Cazeneuve et Doyon et de Wolf semblaient indiquer que le bromure s'accumule dans le cerveau; celles que nous avons reprises depuis, soit sur des épileptiques, soit sur des animaux bromurés[1], nous ont montré que l'accumulation est plus considérable dans le foie que dans le cerveau, mais tous les tissus en retiennent. Les expériences prouvent que l'élimination est lente : dans les cendres de la plupart de nos cobayes nous retrouvions un peu plus de trois fois la dose journalière de bromure.

L'élimination du bromure se fait par la peau et les muqueuses, et surtout par le rein. Chez les individus atteints d'insuffisance rénale, l'intolérance se manifeste souvent à des doses très faibles.

L'élimination du bromure par la salive et par la muqueuse bronchique donne à l'haleine une odeur fétide bien reconnaissable, et qui contribue à la répugnance qu'ont les malades pour le médicament. Quelquefois, la sécrétion salivaire est exagérée, de même la quantité des urines. Dès que le bromure provoque des troubles gastriques, on voit apparaître de la somnolence, de l'apathie, de la confusion mentale avec diminution ou abolition des aptitudes génésiques.

Exceptionnellement, le bromure à doses faibles provoque une sorte d'ivresse. Quelques auteurs l'accusent d'exagérer

1. Ch. Féré et L. Herbert. — Note sur l'accumulation du bromure de potassium dans le cerveau et dans le foie, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1891, p. 670. — Note sur l'accumulation du bromure de potassium dans différents tissus (*Ibid.*, p. 769). — Recherches expérimentales sur l'accumulation du bromure de potassium dans l'organisme (*Ibid.*, p. 807).

l'irritabilité naturelle des malades[1] et de provoquer des accès de manie, de développer les tendances homicides et suicides (Echeverria, Weir Mitchell[2]); je crois, au contraire, que le bromure a une action salutaire sur le caractère des épileptiques, qu'il rend souvent inoffensifs et tranquilles les plus irritables, qu'il supprime les périodes d'excitation; en même temps qu'il suspend l'épilepsie, il désarme l'épileptique, comme disait Legrand du Saulle. Si les manifestations psychiques de l'épilepsie peuvent se produire pour la première fois au cours d'une cure bromique, c'est souvent qu'il s'est produit une transformation de la décharge; sous l'influence du bromure on voit assez souvent les accès convulsifs faire place à des troubles vertigineux ou à des troubles psychiques qu'il faut se garder de prendre pour des accidents de la médication. Toutefois, il faut reconnaître que chez quelques épileptiques les accès convulsifs s'aggravent et se multiplient sous l'influence du bromure et que les mêmes effets peuvent se manifester sur l'état mental.

B. — DU BROMISME.

Les préparations bromiques peuvent donner lieu à des intoxications désignées sous le nom de bromisme, qui peut se manifester sous une forme aiguë, ou sous une forme chronique. Ces accidents ont été le plus souvent provoqués par le bromure de potassium, mais ceux que j'ai vus sous l'influence du bromure de strontium ou du bromure d'ammonium n'en diffèrent pas. La toxicité comparative des différents bromures mériterait d'être déterminée : les expériences que j'ai faites par la méthode des injections intra-veineuses ne sont pas sans mériter les reproches qui s'adressent à cette méthode en général, aussi ne donnerai-je qu'à titre de renseignement la

1. J. Allison Hodges. — Some of the unsuspected effects of the bromides, *Southern med. Rec.*, Atlanta, 1896, p. 505.

2. Weir Mitchell. — Ueber die ungewöhnlichen Wirkungen der Brompräparate, *Therap. Wochenschs.*, 1896, n° 35.

liste suivante qui indique la toxicité décroissante des bromures[1] : bromure d'or, bibromure de mercure, bromure de cadmium, de baryum, de cuivre, de manganèse, de zinc, d'arsenic, de cobalt, de potassium, de nickel, d'aluminium, de chrome, protobromure de fer, bromure de magnésium, de rubidium, d'ammonium, de calcium, de strontium, de lithium, de sodium.

1° Le *bromisme aigu* se manifeste sous deux aspects, l'ivresse et la stupeur. On admet en général que l'ivresse bromique diffère de l'ivresse produite par l'alcool ou par l'opium en ce qu'elle ne présente que la période dépressive. Cependant, quelques individus éprouvent des phénomènes d'excitation avec de petites doses, tandis que des doses plus élevées ont chez eux une action déprimante manifeste. L'ivresse bromique est constituée par un état d'exaltation plus ou moins marqué, avec inappétence, rougeur de la langue, congestion des conjonctives, douleur de tête, irritabilité extrême, état qui disparaît facilement par la suppression du médicament. D'autres fois, après une période d'excitation passagère, qui peut même ne pas frapper l'attention, le malade s'alourdit, se plaint d'une céphalée gravative, de douleurs sacro-lombaires, éprouve de la répugnance à se mouvoir, a de l'inappétence, un état saburral très marqué, de la constipation ; ses jambes s'affaiblissent, tremblent sous le poids du corps ; les mains sont malhabiles, la parole est embarrassée, le regard atone ; la face est bouffie et sans expression par suite de la flaccidité générale des muscles ; il y a du ptosis (Rudrich), puis le malade tombe dans une sorte d'apathie dont aucune excitation extérieure ne réussit à le tirer. La respiration se ralentit, le pouls devient très faible, et il paraît probable que la mort s'ensuivrait si on n'intervenait pas. La suppression pure et simple du médicament pourrait être insuffisante, il faut recourir aux drastiques pour provoquer une élimination rapide par l'intestin. Mais par ce simple moyen la guérison a lieu en quelques jours. Il est important de ne pas confondre le bromisme aigu apathique

1. Ch. Féré. — Notes sur la toxicité comparée des bromures en injections intraveineuses, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1891, p. 771 ; 1892, p. 17.

avec les accès d'apathie épileptique qui ne s'accompagnent pas des mêmes phénomènes gastro-intestinaux[1] ; on pourrait interrompre le traitement d'une manière très inopportune ou le continuer tout aussi mal à propos.

2° Le bromisme lent ou chronique est caractérisé par un état général de dépression du système nerveux qui se manifeste d'abord par la diminution de l'excitabilité réflexe qu'on a vue se montrer en premier lieu au pharynx. La face est pâle, les muqueuses sont sèches et décolorées, il y a un amaigrissement graduel, les chairs sont flasques, la physionomie perd son expression et trahit l'hébétude, puis une véritable stupeur, les jambes s'affaiblissent, la sensibilité s'émousse, la mémoire et l'intelligence s'obscurcissent. En même temps la digestion devient mauvaise, la constipation opiniâtre, l'haleine extrêmement fétide ; enfin la fièvre s'allume, les voies respiratoires s'engorgent et souvent le malade succombe avec les symptômes d'une pneumonie adynamique. Cette forme, qui répond à la forme dépressive du bromisme aigu, peut guérir par le même traitement, et avec d'autant plus de chances, que l'on est prévenu par l'invasion graduelle des accidents. Elle est quelquefois interrompue, comme l'a vu A. Voisin, par un délire général avec violence, qui, combiné avec l'embarras de la parole et l'affaiblissement avec trémulation des membres, pourrait faire croire à une folie paralytique.

Dans certains cas, ce sont surtout les fonctions de nutrition qui paraissent affectées par l'intoxication ; il en résulte un état cachectique avec amaigrissement, qui constitue un état d'opportunité morbide bien propre à favoriser l'invasion des maladies infectieuses : nous avons vu d'ailleurs déjà, que la stupeur du bromisme chronique est souvent interrompue par une affection thoracique. La bromuration paraît préparer le terrain à la pneumonie et favoriser l'évolution de la tuberculose[2]. D'autre part, chez les épileptiques bromurés, les mala-

1. Ch. Féré. — Note sur l'apathie épileptique, *Rev. de médecine*, 1891, p. 210.

2. Ch. Féré. — Note sur l'influence de la bromuration sur la tuberculose expérimentale, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1891, p. 668.

dies infectieuses ont une grande tendance à prendre des caractères adynamiques ou typhoïdes.

Mais les troubles les plus fréquents, et qui peuvent se développer même sans que la nutrition paraisse avoir beaucoup souffert, se manifestent du côté de la peau. La plupart des éruptions constitutionnelles peuvent être provoquées par la bromuration et elles ne constituent pas du tout un signe de saturation : les dartres, l'eczéma, le psoriasis, ne sont pas rares. On a quelquefois attribué aux bromures, des éruptions ressemblant plus ou moins à l'érythème noueux ou à l'urticaire et s'accompagnant de douleurs musculaires et même articulaires. C'est surtout chez les arthritiques que l'arsenic a une action préservatrice contre les manifestations cutanées déterminées par la bromuration. L'intervention de l'arsenic est d'autant mieux autorisée, d'ailleurs, dans la généralité des cas, que quelques auteurs ont signalé les effets curatifs de ce médicament contre l'épilepsie elle-même (Duncan, Hoffmann, Harless). Mais les éruptions les plus communes du bromisme sont des éruptions d'acné qui se présentent sous deux formes :

A. — L'acné disséminé qui n'offre guère de particulier que sa coloration rouge sombre, sa confluence à la face, dans le dos, aux bras et aux cuisses, principalement sur la face dorsale, où il laisse souvent des cicatrices longtemps violacées. L'acné bromique est un phénomène qui se produit souvent dès le début du traitement. Un certain nombre de malades qui sont sujets à des éruptions avec de faibles doses, des doses de 3 ou 4 grammes, restent indemnes lorsque ces doses sont élevées à 7, 8, 10 grammes. Lorsque les éruptions augmentent avec la dose, elles constituent un obstacle sérieux au traitement.

B. — L'éruption conglomérée est caractérisée par des indurations en forme de tubercules ovalaires ou de plaques allongées qui se développent dans l'épaisseur du derme, restent d'abord sans altérer la coloration de la peau ; mais peu à peu celle-ci prend une teinte d'un violet ardoisé, lorsque les indurations deviennent confluentes et forment des plaques conglomérées, ou lorsque tout en restant isolées, elles ont pris un grand déve-

loppement et ont formé des saillies hémisphériques à la surface de la peau. Plus tard elles s'ulcèrent, mais l'induration persiste. Il en résulte de larges plaques ulcérées irrégulièrement, montrant des pertes de substance cratériformes, entourées d'une zone violacée et laissant entre elles des îlots de peau de couleur normale. Ces plaques qui offrent un aspect très caractéristique, se rencontrent principalement à la face antérieure des jambes ; mais on peut aussi les voir aux avant-bras et aux autres segments des membres et même à la face : elles sont souvent le siège de douleurs assez vives. Quelquefois, elles affectent une disposition symétrique. Il peut arriver qu'elles soient toujours limitées à la même région chez un même individu ; chez un de mes malades, l'éruption s'est à plusieurs reprises localisée à la région pariétale gauche. Les éruptions bromiques prennent quelquefois un développement énorme chez les jeunes enfants et chez les scrofuleux. Les lésions du bromisme cutané, même lorsqu'elles sont ulcérées et douloureuses déterminent rarement des engorgements ganglionnaires. Que les pustules soient isolées ou conglomérées, elles ont toujours la même constitution ; de l'examen des pièces que je lui avais remises, Darier conclut à une périfolliculite et folliculite suppurative et proliférative[1].

Les éruptions bromiques présentent quelquefois des aspects très différents de l'acné et qui peuvent les faire confondre avec des affections d'autre nature : dans un cas de Besnier l'éruption avait été prise pour un début de variole[2].

La médication la plus efficace de l'épilepsie entraîne les risques d'intoxication qui se manifeste par des états morbides assez divers mais quelquefois graves et susceptibles d'entraîner la mort ; et jusque dans ces dernières années, les remèdes qu'on opposait à ces états morbides provoqués étaient peu sûrs. Les *arsenicaux* étaient en général sans action sur les affections cutanées ; la *strychnine* que Vulpian proposait d'opposer à la dépression de l'excitabilité réflexe et à l'affaiblissement mus-

1. Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, p. 572.
2. Darier. — *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 1890, t. LXI, p. 158.

culaire[1], faisait toujours faillite ; il en était de même des toniques et du *fer*, de l'*hydrothérapie* que l'on opposait à l'anémie produite par l'usage prolongé du bromure.

Les préparations de *tannin* et de *jusquiame* que l'on prescrivait pour combattre la salivation (G. Sée), ne remplissaient guère le but et l'infection buccale était souvent le point de départ d'affections de la gorge et d'affections des voies respiratoires.

3° En dehors des troubles habituels de l'intoxication, on a attribué à l'usage continu des bromures des troubles profonds de la nutrition et de l'intelligence; en réalité, ils n'existent que lorsque le médicament détermine d'autres phénomènes d'intoxication; à part quelques cas de susceptibilité spéciale, le bromure ne détermine guère d'affaissement de la mémoire ni de l'intelligence : lorsque le bromure est efficace, l'épileptique perd moins, au point de vue intellectuel, par le fait du bromure, qu'il ne gagne par la suppression des paroxysmes; on peut en dire autant de la nutrition. En l'absence de phénomènes d'intoxication, l'influence nuisible des bromures sur l'intelligence n'est pas du tout établie. Arnold Lœwald[2] a entrepris avec le bromure de sodium des expériences tout à fait intéressantes à cet égard. Il a constaté qu'avec de faibles doses l'on apprend plus facilement les chiffres lorsqu'on est tranquille ; on les apprend au contraire plus facilement qu'à l'état d'abstinence quand on est troublé par une excitation extérieure comme une lecture à haute voix : on apprend aussi plus facilement des syllabes sans suite lorsqu'on est sous l'influence du bromure. Certaines opérations intellectuelles sont donc rendues plus faciles par le bromure, ce sont celles qui sont le plus pénibles à l'état normal. J'ai répété ces expériences sur des individus sains, avec le même résultat avec le bromure de potassium et avec le bromure de strontium à la dose de 4 grammes. Beaucoup d'épileptiques, heureusement influencés au point de vue convulsif, engraissèrent malgré l'élé-

1. Vulpian. — Leçons sur l'action physiologiques des substances toxiques et médicamenteuses, p. 588.

2. Arnold Lœwald. — Psychologische Arbeitein, von Kraepelin, 1896, Bd.I. H 4.

vation progressive et considérable du bromure. Quant au reproche que l'on fait au bromure de supprimer l'appétit sexuel, il ne paraît pas justifié : son action anaphrodisiaque est un bienfait, non seulement au point de vue de la race, mais aussi au point de vue de l'individu. En réalité, ce sont les phénomènes d'intoxication qu'il importe de combattre.

4° Un des meilleurs moyens de prévenir l'intoxication bromique, c'est d'entretenir la *diurèse*. Plusieurs remèdes secrets à base de bromure n'ont d'autre raison de succès que leur association avec des tisanes diurétiques. Le *lait* ne saurait être trop recommandé : Cheyne[1] prétendait d'ailleurs qu'à lui seul il peut guérir l'épilepsie. Mais si certains malades acceptent volontiers la discipline des boissons diurétiques, il n'en est pas de même pour tous; d'ailleurs, l'introduction journalière d'une grande quantité de liquides dans l'estomac est loin d'être sans inconvénient; la dilatation qui peut en résulter est en effet par elle-même capable de provoquer des troubles réflexes.

Les malades soumis à des doses élevées ou même à des doses moyennes de bromure ont souvent de la constipation et du ballonnement de ventre, qui peuvent être attribués à un certain degré de paralysie des muscles intestinaux déterminée par le médicament. Une grande partie des troubles digestifs et des troubles généraux du bromisme peut être mise sur le compte de la stase intestinale qui favorise l'absorption des matières septiques. Avant la notion d'auto-intoxication, l'empirisme avait recours avec succès aux *purgatifs* qui réalisent en somme à un certain degré l'antisepsie intestinale. C'est guidé par ces observations et par les résultats de l'intervention empirique que j'ai essayé de pratiquer l'antisepsie intestinale chez les malades menacés de perdre les avantages de la médication bromurée à cause des manifestations cutanées, souvent douloureuses, et des troubles gastro-intestinaux, quelquefois précurseurs d'accidents plus graves[2]. L'antisepsie a été

1. G. Cheyne. — The english malady or a treatise of nervous diseases of all kinds, 1737, p. 253.

2 Ch. Féré. — Bromuration et antisepsie intestinale, *C. R. de la Soc. de bio-*

tout d'abord réalisée par l'administration quotidienne de *naphtol β* et de 2 grammes de *salicylate de bismuth* pris en deux fois. Les résultats de cette pratique ont été assez satisfaisants, comme on peut en juger par les observations rapportées soit par moi-même, soit par Grémaud[1]. A ces doses, le naphtol et le salicylate de bismuth peuvent être tolérés pendant des mois sans aucun inconvénient et je les ai souvent donnés à des doses doubles ou triples. Leur effet immédiat est généralement une augmentation de l'appétit et la disparition des troubles digestifs qui sont constants au début du bromisme. Les accidents cutanés sont souvent rapidement améliorés et dans quelques cas, l'action antispasmodique du traitement bromique paraît plus manifeste. Tous les autres antiseptiques employés peuvent être utilisés, le salicylate de naphtol m'a paru un des plus commodes.

Les éruptions cutanées ne cèdent pas toujours à l'antisepsie intestinale; mais cette intervention n'est pas la seule utile.

J'ai déjà eu occasion de faire remarquer que la *propreté de la peau* est d'une grande utilité pour éviter les accidents cutanés du bromisme[2]. Les *bains* simples constituent déjà une mesure prophylactique d'une valeur incontestable. Les effets utiles des soins de propreté les plus simples indiquent suffisamment l'origine extérieure du mal, favorisé toutefois par les conditions du terrain. On était en droit de penser qu'en réalisant, autant que possible, l'antisepsie de la peau, on atténuerait les accidents, mais ce but n'est pas facile à atteindre; les glandes de la peau peuvent contenir depuis longtemps des germes qui se développeront à leur heure, malgré l'antisepsie apparente de la surface du tégument. Il est donc bon de préconiser les bains antiseptiques dès le début du traitement bromuré et de les faire précéder de bains savonneux, avec friction à la brosse qui permettent dans une

logie, 1890, p. 512. — *Nouv. iconographie de la Salpêtrière*, 1890, p. 249.

1. C. Grémaud. — De l'influence de l'antisepsie intestinale sur quelques éruptions médicamenteuses. *Thèse de Paris*, 1891.

Chaumont. — Du bromisme, *Thèse de Paris*, 1892.

2. Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, p. 575.

certaine mesure de dégager les orifices obstrués des cavités glandulaires. L'antisepsie préventive de la peau intacte peut être réalisée par les *bains de sublimé* qui sont peu coûteux. Mais quand il existe déjà des boutons et des ulcérations, le choix d'un antiseptique est plus délicat. Il doit en effet remplir plusieurs conditions, il ne doit pas être toxique ni irritant, il doit être assez actif, car le contact ne peut pas être trop prolongé, d'autant que les épileptiques doivent toujours être surveillés dans le bain, et enfin il doit être peu coûteux, puisqu'il doit être employé en abondance. Pendant longtemps, faute de mieux, je me suis servi de l'*acide borique* ; mais c'est un antiseptique qui, s'il a l'avantage d'être inoffensif, est peu énergique, et qu'on l'emploie en bains ou en pulvérisations, il ne réussit complètement que chez les individus qui ont la peau soignée d'ordinaire ; il échoue souvent chez les malades de l'hôpital. D'ailleurs, au point de vue balnéaire, c'est un antiseptique continu, car pour préparer un bain de 150 litres à 4 p. 100, il faut dépenser 6 kilos.

Le *permanganate de potasse* peut rendre de grands services dans les pratiques hospitalières, avec 50 grammes par bain on a une solution suffisamment antiseptique et peu coûteuse. Ces bains ont le désagrément de laisser sur la peau un dépôt brunâtre et de noircir les ongles ; mais on peut parer à ces inconvénients en faisant suivre le bain d'une lotion à l'eau tiède ou avec une solution de bisulfate de soude. Je prescris ces bains à la première apparition des éruptions bromiques et les accidents cutanés déjà peu nombreux dans mon service ont encore notablement diminué. Dans une étude récente j'ai trouvé sur 122 malades bromurés, dont 71 au-dessus de 10 grammes jusqu'à 32[1], il n'y en avait que 2 qui eussent des éruptions confluentes et en décroissance. Dans ces derniers temps, j'ai remplacé en partie le permanganate de potasse par le *permanganate de chaux* sous forme de *monol*. La proportion de 10 à 15 grammes de monol, c'est-à-dire de 20 à

1. Ch. Féré. — L'hygiène de la peau dans la bromuration, *Journal des connaissances médicales prat.*, 1895, p. 398.

30 milligrammes de permanganate de chaux par litre, paraît réaliser une antisepsie convenable en ne laissant sur la peau qu'un dépôt insignifiant et facile à enlever.

Il y a aussi intérêt à soigner l'*antisepsie buccale* qui a pour intérêt de prévenir non seulement les infections locales, mais de détruire les germes qui peuvent se développer dans les organes respiratoires et dont l'évolution est favorisée par la dépression du système nerveux. La solution de *permanganate de chaux* me paraît bien remplir cette indication.

5° Les bromures ont été souvent associés dans le traitement de l'épilepsie à d'autres médicaments : à la *belladone*, à la *digitale*, à l'*oxyde de zinc*, à l'*opium* (Flechsig). Récemment Bechterew l'a associé à l'*adonis vernalis* et à la *codéine*. M. Taty[1] a mis à l'épreuve cette combinaison et a constaté que les médicaments associés n'ajoutent rien aux effets du bromure.

Les traitements mixtes doivent être absolument rejetés, ils ne peuvent même pas servir d'expérience; on ne peut jamais être fixé sur la valeur de chaque agent.

Plusieurs composés bromiques ont été proposés comme succédanés des bromures. J'ai essayé en particulier la *brométylformoline*, les *bromhydrides* qui ont donné des résultats intéressants, mais je n'ai pas eu de bonnes raisons de les substituer aux bromures.

La *bromoléine* saturée bien tolérée en injections sous-cutanées peut avoir son utilité chez des malades indociles en raison de leur état morbide. Elle peut servir à préparer la bromuration régulière par la voie gastrique. Frigerio avait du reste déjà utilisé les injections sous-cutanées de bromure.

Flechsig[2] a proposé dans ces dernières années un nouveau mode de traitement de l'épilepsie qui n'est pas à proprement

1. Taty. — Etude clinique sur l'action thérapeutique du bromure de potassium associé à l'adonis vernalis et à la codéine dans le traitement de l'épilepsie. *Lyon médical*, 1895, n° 52; 1896, n°s 1 et 2.

2. P. Flechsig. — Ueber eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie, *Neurolog. Centralbl.* 1893, p. 229. — Benneke. — Beitrage zur neuen Epilepsiebehandlung mit Opium und Brom., Iéna, 1890.

parler un traitement mixte, mais un traitement alternant.

Il consiste dans l'administration de l'*opium* à doses croissantes jusqu'à un gramme ou plus pendant six semaines, et dans la suppression bénigne de ce médicament qui est remplacé par le bromure à la dose de 7,50 par jour pendant deux mois, pour redescendre ensuite à 2 grammes. Le traitement de Flechsig a été mis à l'épreuve par de nombreux médecins (Salzburg, Benneke, Stein, Fränkel, Hebold, Stembo, Wulff, Linke, Davenport, etc.). On cite un certain nombre de suspensions pendant la période de bromuration; mais souvent pendant que le malade prend l'opium les accès augmentent. Il est bon de remarquer que lorsqu'on interrompt une bromuration inefficace par un autre traitement ou même par une période de repos, il n'est pas rare de voir le bromure agir mieux. La même majoration de l'effet thérapeutique du bromure peut s'observer à la suite d'un choc moral ou physique; la suppression brusque peut agir de la même manière, mais nous avons dit qu'elle n'est pas sans danger. D'après mes observations, l'effet heureux de l'opium et de sa suppression brusque est exceptionnel (2 fois sur 23) et il est transitoire[1].

IV

Des agents physiques dans le traitement de l'épilepsie.

Un certain nombre d'agents physiques ont été recommandés dans le traitement de l'épilepsie; quelques-uns peuvent au moins être utilisés comme adjuvants.

L'*hydrothérapie* a été surtout préconisée par Fleury qui avait imaginé une pratique spéciale pour les épileptiques, elle n'a en réalité que rarement une action sur les paroxysmes, mais elle est utile comme mesure d'hygiène générale, et elle paraît favoriser l'élimination des bromures.

1. Pollitz. — Kritische Betrachtungen über die Opium-Brombehandlung der Epilepsie, *Allg. Zeitsch. f. Psych.* Bd. 53, H, 2, p. 377. — Bohme. — Beitrag zur medicamentosen Behandlung der Epilepsie, *ibi* ., p. 377.

L'*électricité* a surtout été employée sous forme de courants continus (Most, Remak, Benedikt, Althaus). Althaus recommande la galvanisation transversale par les apophyses mastoïdes, et la galvanisation du sympathique. Erb a employé des courants obliques et longitudinaux à travers la tête. Fischer et Rockwel recommandent la faradisation générale. Ces interventions qui méritent d'être exécutées avec soin et prudence, n'ont d'ailleurs eu d'autre résultat que de favoriser la nutrition et l'élimination du bromure. Memeyer prétend pourtant avoir obtenu des améliorations par la galvanisation des circonvolutions centrales[1]. Sighicelli aurait eu de bons résultats de la galvanisation de la glande thyroïde.

La *compression céphalique* au moyen de la calotte de plomb m'a quelquefois fourni des résultats heureux au point de vue des céphalées et même des paroxysmes convulsifs.

Depuis Heberden et Cheyne, on a souvent cité des épileptiques guéris par l'exclusion de la viande et vanté le régime lacté et végétal ; mais en fait de régime les lois sont plus faciles à formuler qu'à justifier : si les épilepsies sont variées, les épileptiques ne sont pas moins divers.

1. J. A. Memeyer. — Treatement of epilepsy by means of the constant current. *The Journ. of electrotherapeutics*, 1892, p. 86.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PARTIELLE

PAR

A. PITRES,

Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

I

Considérations générales.

A. — DÉFINITION. — VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉPILEPSIE PARTIELLE.

On désigne sous le nom d'épilepsie partielle ou jacksonienne, une forme d'épilepsie dans laquelle les accès, au lieu de débuter brutalement par une perte soudaine de connaissance et des convulsions générales d'emblée (comme cela se produit dans les accès de mal comitial) commencent par des secousses convulsives limitées à un muscle ou à un groupe musculaire isolé, secousses dont le malade a pleine et entière conscience. Les convulsions ne restent pas toujours, il est vrai, localisées à leur point d'origine. Elles peuvent s'étendre de proche en proche, envahir toute une moitié du corps, se généraliser à tout le corps. Elles peuvent aussi s'accompagner de perte de connaissance. Mais, même dans les cas extrêmes, l'accès épileptoïde diffère de l'accès épileptique vrai par ces deux caractères essentiels : 1° Les convulsions ne sont jamais

générales d'emblée ; 2° la perte de connaissance, quand elle survient, est toujours tardive.

Cette forme d'épilepsie n'était pas absolument inconnue des anciens, mais elle avait peu fixé leur attention. Bravais, en 1827, en donna une excellente description clinique. Quarante ans plus tard, Hughlings Jackson ayant observé quelques cas dans lesquels elle coexistait avec des lésions limitées de la surface du cerveau, crut pouvoir en déduire qu'il y avait un rapport constant entre la localisation de la lésion corticale provocatrice et le siège des convulsions partielles marquant le début des accès. Ses idées reçurent une éclatante confirmation des études entreprises, après 1870, sur les fonctions de l'écorce cérébrale. Les premiers observateurs qui s'occupèrent de la solution de cette question, Hitzig, Ferrier, etc., constatèrent, en effet, que les expériences dans lesquelles ils portaient des excitations électriques sur la zone motrice du cerveau des chiens ou des singes étaient fréquemment interrompues par l'explosion d'accès épileptiformes, débutant du côté du corps opposé à l'hémisphère irrité, dans les muscles correspondant aux centres corticaux électrisés.

Les cliniciens ne tardèrent pas à trouver, eux aussi, dans la pathologie humaine, des faits confirmatifs des vues de Jackson. Dès lors on se prit à penser que l'épilepsie partielle était *toujours* un symptôme de lésion organique du cerveau, et que la lésion qui lui donnait naissance devait *toujours* se trouver dans l'hémisphère du côté opposé aux convulsions partielles, au niveau du centre cortical correspondant physiologiquement au muscle ou au groupe musculaire primitivement convulsé. Le *signal-symptôme* devint ainsi un élément très important du diagnostic topographique des lésions cérébrales. On admit que les accès épileptoïdes à début crural, brachial ou facial indiquaient respectivement des altérations irritatives des régions supérieure, moyenne ou inférieure de la région rolandique des hémisphères cérébraux.

Les études ultérieures n'ont pas confirmé dans tous leurs détails ces déductions un peu hâtives, ou pour parler plus

exactement, elles ont démontré que les lois posées par les premiers observateurs n'ont pas la généralité qu'on leur avait tout d'abord attribuée. L'épilepsie partielle indique bien, selon toute vraisemblance, une excitabilité anormale de l'écorce du cerveau ; mais elle n'est pas *toujours* symptomatique d'altérations organiques appréciables de l'écorce. A côté des accès épileptoïdes provoqués par des tumeurs ou des lésions irritatives localisées de la substance cérébrale, il en est d'autres qui se développent sous l'influence d'intoxications générales (urémie, absinthisme, etc.) ou d'excitations réflexes partant de la périphérie (cicatrices vicieuses des extrémités, lavages de la cavité pleurale, etc.). Il en est même un certain nombre qui paraissent être de simples manifestations fonctionnelles des névroses *sine materia*, des accidents purement hystériques.

D'autre part, on ne saurait plus attribuer au signal-symptôme la valeur quasiment absolue qu'on a eue pendant quelque temps tendance à lui accorder au point de vue du diagnostic topographique. Souvent la lésion épileptogène se trouve au niveau même du centre correspondant au signal-symptôme; cela n'est pas douteux et n'est contesté par personne. Mais, par contre, dans un bon nombre de cas, elle ne se trouve pas au point indiqué par la théorie. On s'exposerait donc à de graves mécomptes en persistant à accorder au signal-symptôme une confiance qu'il ne mérite pas complètement. Les chirurgiens en ont fait maintes fois l'expérience à leurs dépens. Lucas-Championnière a communiqué, en 1871, à la Société de chirurgie, quatre observations d'épilepsie partielle avec aura motrice très nette, dans lesquelles la trépanation fut pratiquée inutilement parce que la lésion provocatrice (constatée ultérieurement par l'autopsie) se trouvait ailleurs qu'on ne l'avait supposée d'après le début des convulsions épileptoïdes. Des faits semblables ont été signalés plus récemment pas d'autres observateurs. En l'état actuel de la science, il faut donc avouer franchement que l'épilepsie partielle n'a pas une signification clinique absolue. Elle dépend souvent, mais non pas toujours, d'altérations organiques irritatives, limitées ou

diffuses de l'encéphale. Elle coexiste souvent, mais non pas toujours, avec des lésions siégeant au niveau des centres moteurs corticaux correspondant aux muscles primitivement convulsés. Elle ne suffit donc pas à elle seule à indiquer l'existence certaine d'une lésion organique, ni à plus forte raison, la topographie précise d'une telle lésion. Cependant elle n'est pas dépourvue de toute valeur séméiologique, et lorsqu'elle est associée à d'autres symptômes de localisation, elle peut servir utilement au diagnostic topographique des lésions cérébrales.

B. — DIAGNOSTIC DE L'ÉPILEPSIE PARTIELLE.

L'accès épileptoïde diffère de l'accès épileptique vrai par les deux grands caractères que nous avons déjà signalés : le début local des convulsions et l'apparition tardive de la perte de connaissance.

Quelques autres particularités de moindre importance peuvent servir encore à établir son diagnostic. Telles sont l'absence de cri initial, la rareté du relâchement des sphincters, la durée moins longue du stertor consécutif. Mais ce sont là, il faut bien en convenir, des signes de second ordre.

Avec des caractères aussi tranchés, l'épilepsie partielle est généralement facile à reconnaître. L'hésitation n'est guère possible qu'en présence des formes frustes ou anormales. Sans entrer dans des détails que ne comporte pas la nature de cet article, il convient cependant de rappeler qu'il existe des *équivalents cliniques* des accès jacksoniens. Chez quelques malades, un simple engourdissement, une sensation de froid subit limitée à un membre ou envahissant progressivement tout un côté du corps, un phénomène sensoriel tel qu'un scotome scintillant ou une sensation auditive ou gustative, une perturbation psychique passagère, sans perte de connaissance, peuvent remplacer l'accès épileptoïde complet et régulier. Ce sont ces formes frustes qui ont été désignées sous les noms d'épilepsie partielle sensitive, sensorielle ou psychique. Elles sont d'ailleurs assez rares.

Mais en bonne clinique il ne suffit pas de diagnostiquer le syndrome épileptoïde, il faut remonter à sa cause. Or l'accès jacksonien ne porte en lui-même aucune marque distinctive permettant de reconnaître avec certitude s'il est déterminé par une altération matérielle du cerveau, s'il est l'expression d'une intoxication générale, ou s'il résulte d'une simple perturbation fonctionnelle des centres nerveux. Le diagnostic étiologique, fort important dans l'espèce, devra donc être établi sur l'analyse des symptômes associés au syndrome convulsif. Les principales particularités qui pourront servir à lui donner des bases solides sont les suivantes :

L'épilepsie partielle purement fonctionnelle est presque toujours une manifestation de l'hystérie. On reconnaîtra sa nature en recherchant les stigmates habituels de la névrose provocatrice : anesthésie de la peau, des muqueuses et des organes des sens, rétrécissement concentrique des champs visuels, diathèse de contracture, etc., etc., et en tenant compte des antécédents des malades.

L'épilepsie partielle réflexe a, par définition, pour point de départ, une excitation périphérique provenant d'une cicatrice vicieuse, d'un cal difforme, d'un névrome, d'une inflammation chronique du nez ou des oreilles, d'un lavage irritant de la cavité pleurale, etc. Les circonstances dans lesquelles se sont produits les premiers accès, leur subordination étroite à la cause épileptogène permettront presque toujours de reconnaître leur véritable étiologie.

Les accès épileptoïdes d'origine toxique ne sont jamais les seuls symptômes de l'intoxication qui les provoque. En même temps qu'eux on peut constater — et il ne faut jamais négliger de les rechercher — les signes non équivoques de l'urémie, de l'acétonémie, de l'alcoolisme aigu, de l'absinthisme, des infections microbiennes diverses susceptibles de donner lieu à des phénomènes d'irritation des centres nerveux.

De même, quand une lésion organique du cerveau détermine des accès jacksoniens, il est rare qu'elle ne s'accompagne pas, en même temps, d'autres symptômes, tels que : céphalée,

vomissements, paralysie motrice ou sensitive d'un membre ou d'une moitié du corps, hémiopie latérale homonyme, névrite optique, aphasie, etc., dont la constatation confirme et précise la signification de l'épilepsie partielle concomitante. Ce sont, en effet, ces symptômes associés aux accès épileptoïdes qui, joints aux renseignements tirés de l'âge et de l'état général du sujet, du mode de début et de l'évolution des accidents, permettent de soupçonner avec quelques chances de probabilité la nature de la lésion provocatrice. Il est de toute évidence qu'une méningo-encéphalite suppurée d'origine otitique ou traumatique ne se développera pas de la même façon qu'une méningite tuberculeuse ou une paralysie générale, et qu'un néoplasme intra-crânien aura une toute autre évolution clinique qu'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement cérébral, bien que chacune de ces lésions (et bien d'autres encore) puisse compter l'épilepsie partielle au nombre de ses symptômes éventuels.

II

Traitement.

Le traitement de l'épilepsie partielle ne peut être résumé en une formule unique. Dans la plupart des cas il n'y a même pas lieu de s'attaquer directement au syndrome épileptoïde : mieux vaut le combattre indirectement en en faisant disparaître la cause. Ainsi, dans les cas d'épilepsie partielle réflexe il suffira d'inciser les cicatrices douloureuses, de libérer les nerfs engagés dans des cals exubérants, de détruire par des cautérisations les végétations adénoïdes du naso-pharynx, etc., pour empêcher du même coup la reproduction des accès qui étaient sous la dépendance de ces lésions.

De même, dans les cas d'épilepsie toxique on s'efforcera de combattre l'intoxication causale dont le syndrome convulsif n'est qu'un épiphénomène : l'urémie par les *émissions sanguines* et la *pilocarpine*, les infections gastro-intestinales par les *lavages de l'estomac* et l'*antisepsie du tube digestif*, etc.

Le traitement de l'épilepsie partielle hystérique sera dirigé d'après les mêmes principes que celui des attaques hystériques vulgaires. Le plus souvent, il sera inutile d'intervenir activement pendant la durée des accès. On ne cherchera à les arrêter que si par leur répétition prolongée ou leur violence excessive ils paraissent comporter quelque danger. En revanche, après leur cessation on traitera énergiquement la névrose mère par l'ensemble des moyens exposés à l'article Traitement de l'hystérie.

Restent les cas dans lesquels l'épilepsie partielle ne dépendant pas des causes précédemment indiquées est sûrement, ou tout au moins très vraisemblablement liée à des lésions organiques du cerveau. Pour les cas de ce genre, le médecin aura à choisir parmi les diverses médications que nous allons passer en revue. Mais auparavant il devra toujours se poser la question de savoir si la syphilis ne joue pas un rôle dans la pathogénie des accidents; et s'il a la moindre raison de soupçonner l'intervention de cette diathèse, son devoir strict sera de soumettre le malade à une cure spécifique énergique. C'est seulement après avoir procédé à cette cure qu'on aura recours aux autres modes de traitement.

A. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

Tous les médicaments préconisés à tort ou à raison dans le traitement du mal comitial ont été appliqués à la cure de l'épilepsie partielle. Celui qui jouit de la plus grande réputation est le *bromure de potassium* pur ou associé aux *bromures de sodium*, d'*ammonium* et de *strontium*. Si j'en crois les résultats de mon expérience, il a beaucoup moins d'efficacité dans l'épilepsie jaksonienne que dans l'épilepsie vraie. J'ai vu plusieurs malades qui prenaient depuis des années des doses relativement élevées de ce remède (4 à 6 grammes par jour), dont les accès épileptoïdes n'étaient ni moins intenses ni moins fréquents qu'avant le début du traitement bromuré, et qui guérirent rapidement par l'application de quelques vési-

catoires volants placés au-dessus du point de départ de l'aura motrice. Il ne faut donc pas s'obstiner à donner des bromures aux épileptiques partiels. En s'entêtant à prolonger leur administration lorsqu'ils ne donnent pas manifestement de bons résultats, on s'expose à provoquer des accidents de bromisme sans aucune compensation avantageuse pour le malade.

Les autres médicaments antispasmodiques, la *valériane*, la *jusquiame*, la *belladone*, la *morphine*, etc., etc., peuvent bien de loin en loin donner quelques succès ; mais cela est rare. Le *chloral* est indiqué dans le cas où l'excitabilité de l'écorce est très augmentée et où on a à lutter contre des accès répétés à de courts intervalles (état de mal épileptoïde). Il faut alors l'employer à fortes doses (de 3 à 5 grammes en potion ou en lavement) et favoriser son action en appliquant en permanence de la *glace* sur la tête. D'une manière générale, le traitement pharmaceutique de l'épilepsie partielle est incertain et infidèle. Les moyens qu'il nous reste à étudier sont beaucoup plus efficaces.

B. — TRAITEMENT PALLIATIF.

ARRÊT DES ACCÈS PAR LA COMPRESSION DES MEMBRES AU-DESSUS DU SIÈGE DE L'AURA MOTRICE.

Beaucoup de malades dont les accès débutent par les extrémités des membres, peuvent arrêter ces accès en exerçant une traction violente sur les parties qui sont le siège des premières manifestations spasmodiques, ou en comprimant le membre convulsé au-dessus du point de départ de l'aura motrice. Dès qu'ils sentent les symptômes prémonitoires de la crise, ils appellent les personnes de leur entourage et les prient instamment de les aider à faire les manœuvres destinées à arrêter les convulsions dans leur marche envahissante.

Cette pratique a conduit les médecins à imaginer des moyens destinés à remplacer par des agents mécaniques le secours d'aides que les malades n'ont pas toujours à leur disposition.

Quelques-uns ont fait construire dans ce but des bracelets

à ressorts métalliques, placés autour du poignet ou de la partie inférieure de la jambe, et dont l'ouverture est maintenue par un arrêt à déclanchement. Au moment opportun, le malade libère le ressort en touchant le cran d'arrêt, et le bracelet s'applique énergiquement sur le membre qu'il enveloppe.

Les appareils de ce genre ont le double inconvénient d'être rigides et coûteux. On peut les remplacer très avantageusement par une corde ou une petite lanière de cuir semblable à celles qui servent à lacer les bottines. Les malades disposent eux-mêmes le lien autour du poignet ou de la jambe, de manière à ce qu'il forme un nœud coulant lâche arrêté par une rosette. Quand ils sentent venir les prodromes de l'accès, ils n'ont qu'à tirer sur l'extrémité libre de la rosette et à serrer le nœud coulant. Il leur suffit d'une ou deux secondes pour exécuter ces mouvements. Le résultat en est souvent excellent. Certains malades peuvent ainsi arrêter tous les accès dont ils sont menacés. Quelques-uns éprouvent, il est vrai, après l'arrêt artificiel de ces accès, des malaises pénibles, des vertiges, des sensations angoissantes qui ne se produisent pas lorsque la crise n'a pas été entravée dans son évolution. Ces accidents sont parfois si intenses que, pour les éviter, quelques malades préfèrent renoncer volontairement au bénéfice de l'usage de la corde. D'ordinaire, cependant, la compression est très bien supportée. Elle a le grand avantage de supprimer sinon tous au moins la plupart des accès, et de donner aux malades une sécurité relative qu'ils apprécient hautement. Ils sont en effet à peu près certains de n'être pas pris à l'improviste, dans la rue ou en public, par des convulsions ; ils ne sont pas exposés à perdre connaissance dans des lieux et à des moments où cela leur serait particulièrement désagréable. Il ne faut donc pas faire fi de ce petit moyen. Bien qu'il ne soit que palliatif, il peut rendre et il rend, dans les cas où il est applicable, de très réels services.

Quand l'aura motrice a pour point de départ un muscle de la face ou du tronc, on a proposé d'arrêter l'évolution des accès par la compression des carotides externes, ou simple-

ment de la carotide externe du côté opposé aux convulsions initiales. Ce procédé paraît avoir quelquefois réussi, mais ses applications sont nécessairement très limitées, une pareille intervention ne pouvant être faite utilement que par un médecin dont la présence, au moment opportun auprès du malade, est tout à fait exceptionnelle.

C. — TRAITEMENT CURATIF.

1° Vésicatoires circulaires appliqués au-dessus du siège de l'aura.

Les anciens connaissaient les bons effets des vésicatoires dans le traitement des formes d'épilepsie à début partiel. Galien, Alexandre de Tralles, Boerhaave, Wepfer, Maisonneuve font mention de cette méthode curative. Bravais rapporte trois observations d'épilepsie hémiplégique dans lesquelles la guérison fut obtenue à la suite de l'application de quelques vésicatoires. Todd, Récamier, Buzzard, Hirt ont cité des faits analogues. Dans une thèse faite sous ma direction, en 1882, M. Crozes en a réuni un grand nombre, et fixé les indications et les règles de la médication révulsive appliquée au traitement de l'épilepsie partielle.

Les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels le signal-symptôme se produit aux extrémités terminales des membres, aux doigts ou à la main, aux orteils ou au pied. Dans ces cas, on devra placer au-dessus du point de départ de l'aura un vésicatoire circulaire, de 3 ou 4 centimètres de hauteur, enveloppant l'avant-bras ou la jambe de façon à former un bracelet complet. Ce vésicatoire sera pansé comme les vésicatoires volants : il ne paraît pas y avoir intérêt à le maintenir en suppuration. Si quelque temps après son application il survient un nouvel accès, on placera un deuxième vésicatoire au-dessus du premier, et ainsi de suite. Quelques malades ne guérissent qu'après l'application successive et persévérante de dix ou quinze vésicatoires.

Lorsque la cure marche régulièrement, les accès deviennent

rapidement plus légers et plus rares. Parfois il se produit un phénomène fort curieux sur lequel Buzzard a, le premier, attiré l'attention. L'aura se déplace. Si, par exemple, les convulsions commençaient, avant le début du traitement, par l'index droit, elles débutent, après l'application des premiers vésicatoires, par l'index gauche ou par un autre point du corps.

Ce déplacement de l'aura n'est pas un signe défavorable ; au contraire, mais il indique la nécessité de changer de tactique : on devra placer les nouveaux vésicatoires au-dessus du point où se sont manifestées les convulsions initiales de l'accès le plus récent, et poursuivre ainsi les auras au fur et à mesure de leurs déplacements jusqu'à ce que les accès cessent de se produire.

Les autres modes de révulsions, tels que l'application de cautères ou de moxas au niveau du point de départ des convulsions, les pointes de feu, conseillées jadis par Brown-Séquard, la faradisation quotidienne du membre par lequel débutent les accès, préconisée par Gowers, etc., sont loin d'avoir l'efficacité des vésicatoires circulaires. Ce dernier procédé donne très souvent des guérisons radicales.

2° Intervention chirurgicale.

Les accès épileptoïdes étant souvent causés par des lésions localisées à la surface des hémisphères cérébraux, l'idée d'aller à la recherche de ces lésions et de les détruire par le fer devait naturellement venir à l'esprit des praticiens. Elle est, en effet, logique ; et depuis que, grâce à l'antisepsie, la trépanation est devenue une opération beaucoup moins dangereuse qu'elle ne l'était autrefois, l'intervention chirurgicale a pris rang parmi les ressources qu'il est possible d'opposer à l'épilepsie partielle.

On la réserva tout d'abord aux cas graves, dans lesquels on avait en quelque sorte la main forcée par des accidents menaçants. Mais, plus tard, les chirurgiens s'enhardirent ; ils opérèrent des malades dont la vie n'était nullement en danger. Ils en sont arrivés aujourd'hui à proclamer la légitimité de la

trépanation exploratrice dans tous les cas d'épilepsie partielle. Voici comment s'expriment à ce sujet les auteurs d'un traité récent et très estimé de chirurgie cérébrale, MM. Broca et Maubrac : « Puisqu'il est impossible, dans la plupart des cas, de dire avec netteté si une épilepsie partielle est ou non symptomatique (au sens grossier du mot), le chirurgien doit toujours se comporter comme si la maladie relevait d'une lésion corticale grossière, d'une tumeur par exemple, ou d'une cicatrice. C'est dire qu'une épilepsie jacksonienne justifie pleinement la trépanation exploratrice guidée par la doctrine des localisations cérébrales. Si même le signal-symptôme est net, on ne s'attardera pas au traitement médical. »

Cette doctrine tendant à soumettre à un traitement uniforme les cas les plus disparates n'est pas acceptée par la grande majorité des médecins. Ceux-ci pensent que, même quand elle est symptomatique d'une lésion cérébrale, l'épilepsie partielle n'est pas toujours passible de la trépanation. Ils estiment que l'opération, utile dans quelques cas, est fatalement condamnée à être inutile ou même nuisible dans beaucoup d'autres; aussi voudraient-ils ne la conseiller que lorsqu'elle est réellement indiquée, lorsqu'elle a quelques chances sérieuses de succès.

Pour fixer ses indications, il convient de diviser les cas cliniques sur lesquels on peut avoir à se prononcer en trois groupes distincts.

Le premier comprend les cas dans lesquels des accès épileptoïdes peu intenses, traités inutilement par les moyens médicaux, se reproduisent depuis longtemps à des intervalles assez éloignés, sans montrer aucune tendance vers la guérison ni vers l'aggravation. Par cela même qu'elle reste stationnaire, il y a lieu de penser que la maladie ne correspond pas à une lésion évolutive susceptible, en s'étendant, de compromettre la vie des sujets qui en sont porteurs. Elle est due vraisemblablement à une tumeur bénigne (psammome, fibrome, etc.), à un tubercule caséeux intra-cortical ou méningé, ou bien encore à un foyer éteint et circonscrit d'hémorragie ou de

ramollissement cérébral. En pratiquant la trépanation il est possible qu'on soit assez heureux pour améliorer la situation du malade. Mais il est possible aussi que l'opération ne donne aucun résultat avantageux. Il se peut même qu'elle soit suivie d'une aggravation permanente. De plus, bien que l'habilité des chirurgiens et les précautions antiseptiques dont ils s'entourent aient réduit notablement la mortalité opératoire, on ne saurait oublier que toute intervention sanglante présente quelques dangers et que les statistiques les plus favorables de la trépanation donnent encore un certain nombre de décès attribuables à l'opération elle-même ou aux complications dont elle est le point de départ. Pour ces raisons, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de conseiller l'intervention chirurgicale dans les cas d'épilepsie partielle à accès rares, n'ayant pas de tendance à s'aggraver, même si le traitement médical est complètement inefficace.

Dans un deuxième groupe figurent les cas dans lesquels des accès épileptoïdes graves, se répétant à de courts intervalles et ne cédant pas à l'emploi des moyens médicaux destinés à calmer l'excitabilité anormale du cerveau (chloral à l'intérieur et application de glace sur la tête), menacent à courte échéance les jours du malade. Ici l'intervention opératoire apparaît comme une ressource suprême. Elle doit être conseillée, à moins que, de par l'évolution des accidents, on ne soit autorisé à penser que les accès épileptoïdes sont causés par une maladie à lésions diffuses et incurables de leur nature, comme par exemple, la méningite tuberculeuse aiguë ou la paralysie générale progressive.

Les cas formant le troisième groupe sont ceux dans lesquels l'épilepsie partielle est associée à des symptômes non douteux de tumeurs cérébrales (céphalée, névrite optique, hémiplégie, etc.), qui vont progressivement en s'aggravant. Dans ces cas, aussi bien que dans les précédents, l'indication est formelle. Après l'insuccès bien constaté du traitement médical,

1. Broca et Maubrac. — Traité de chirurgie cérébrale, Paris, 1896, p. 547.

il faut trépaner, quitte à se contenter d'une opération exploratrice, si, après l'ouverture du crâne, on s'aperçoit que la tumeur est inaccessible ou trop étendue pour être enlevée.

Il le faut, parce que la trépanation peut être suivie d'une guérison qu'aucun autre mode de traitement n'est susceptible d'assurer. Mais il importe de ne pas se faire illusion sur les chances de succès. D'après les statistiques de Byrom-Bramwel, Allen Starr, Mills et Lloyd, Knapp, etc., les tumeurs intra-crâniennes ne sont chirurgicalement opérables que dans 10 p. 100 des cas environ. Neuf fois sur dix l'opération sera donc inutile. Mais si sur dix malades voués à une mort prochaine elle réussit à en sauver un, elle est suffisamment justifiée pour qu'on soit autorisé à la tenter.

D'ailleurs, il est à remarquer que loin d'aggraver fatalement la situation des malades, ainsi qu'on serait tenté de le supposer à priori, la trépanation simple, purement exploratrice, est souvent suivie d'un amendement très notable des symptômes pour lesquels elle a été pratiquée. Il est probable qu'elle agit en diminuant la tension intra-crânienne, « comme l'iridectomie dans le glaucome » ainsi que le dit M. Verchère. Mais quel que soit son mode d'action, il est certain qu'elle donne fréquemment de très heureux résultats. Sur 21 trépanations simples pratiquées par M. Terrier, il y a eu 12 guérisons, 6 améliorations et 3 résultats nuls. Ces chiffres sont, on le voit, fort encourageants. Ils prouvent même que, lorsqu'après avoir mis le cerveau à nu dans la région où l'on soupçonne que doit se trouver la cause de l'épilepsie partielle on ne trouve pas de lésion appréciable, il n'y a pas lieu de s'exposer à pratiquer des délabrements inutiles de la substance cérébrale en s'obstinant à rechercher une tumeur qui d'ailleurs n'existe peut-être pas.

Lorsqu'après avoir incisé les méninges au niveau de la région qu'on supposait être le siège du néoplasme, on se trouve en présence de circonvolutions saines ou paraissant saines, M. Horsley propose de déterminer par la faradisation la topographie du centre moteur correspondant au signal-

symptôme et après en avoir reconnu les limites, de l'exciser.

Beaucoup de chirurgiens repoussent formellement cette manière de faire, pour deux raisons : d'abord parce que la destruction d'une partie de la zone motrice corticale donne nécessairement lieu à une paralysie consécutive ; ensuite parce que la trépanation simple paraît avoir dans la majorité des cas les mêmes avantages que l'excision. Il faut dire, pour être juste, que ces raisons ne sont pas absolument péremptoires. La paralysie qui suit l'abrasion d'une portion circonscrite de la zone motrice est habituellement légère et temporaire. D'autre part, on possède deux observations dans lesquelles la trépanation simple ayant échoué, une seconde opération suivie, cette fois, de l'excision d'une portion d'écorce en apparence saine, a amené la guérison. On ne peut donc aujourd'hui adopter sans réserve ni repousser absolument la pratique recommandée par Horsley.

Au demeurant, il serait encore prématuré de chercher à formuler des règles invariables en matière de chirurgie cérébrale. Chaque cas particulier comporte des difficultés spéciales, et des aléas qu'il est impossible de prévoir. C'est au chirurgien qu'il appartient de parer à ces éventualités imprévues. Le médecin a rempli sa tâche, quand, après avoir fait aussi complètement que possible le diagnostic de l'épilepsie partielle et de ses causes, après avoir employé contre elle toutes les ressources thérapeutiques dont il dispose, il a conseillé ou déconseillé l'intervention opératoire.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE

PAR

GILLES DE LA TOURETTE,

Professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.

I

Considérations générales.

Il semblerait tout naturel qu'avant d'exposer les règles d'un traitement de l'hystérie nous précisions la nature elle-même de la névrose. Si nous savions exactement en effet quel organe est le substratum du processus hystérique ; si nous connaissions les altérations dont cet organe est le siège, il est clair que les efforts de notre thérapeutique devraient tendre tout entiers à faire disparaître la lésion anatomique ; nous supprimerions ainsi les effets en détruisant la cause.

Malheureusement, à ce point de vue, l'hystérie fait encore partie du domaine des névroses, c'est-à-dire de ces maladies *sine materia*, ou au moins dont la « matière » est encore à déceler. Les autopsies d'hystériques ayant succombé soit directement à des attaques de spasmes ou à l'anorexie, soit à des affections intercurrentes, n'ont, à part les lésions propres aux maladies surajoutées rien révélé de palpable, d'organique en un mot.

Cependant il ressort sans conteste des travaux tant anciens que modernes qu'il faut placer dans le système nerveux le

siège des accidents hystériques[1]. Où la discussion pourrait s'étendre, c'est si l'on voulait préciser le point spécialement touché dans ce vaste appareil. Très probablement c'est le cerveau. « Il faut, dit Charcot, prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une maladie psychique par excellence. »

Dans tous les cas, s'il existe une lésion, laquelle échappe encore au contrôle anatomique, nous sommes autorisés à conclure que celle-ci est d'ordre dynamique, car nous savons que la plus tenace des manifestations hystériques est susceptible sous l'influence d'une cause quelconque, presque toujours, sinon toujours, d'origine psychique, une émotion violente par exemple, de disparaître pour ainsi dire instantanément. Ce sont donc les procédés du traitement psychique que nous mettrons en œuvre pour essayer de guérir.

D'autre part, l'étude des manifestations interparoxystiques, de ce que nous avons appelé le fonds commun de l'hystérie sur lequel évoluent des paroxysmes qui y trouvent leur substance, nous montre que la dominante de cet ensemble réside dans les troubles de la sensibilité tant générale que spéciale.

Nous savons combien ces modifications de la sensibilité sont fréquentes et tenaces, avec quelle constance elles se superposent aux perversions fonctionnelles des organes de la vie organique ou de la vie de relation. D'où cette conclusion vérifiée par les faits : qu'en matière d'hystérie les troubles de sensibilité tenant en grande partie la scène morbide sous leur dépendance, faire disparaître ces troubles équivaut à annihiler les accidents qui se superposent à eux mieux encore qu'ils ne s'y superposent eux-mêmes ainsi qu'on pourrait le croire au premier abord.

La base de la thérapeutique des accidents hystériques réside donc, à notre avis, dans le rétablissement des diverses sensibilités perverties ou disparues.

Cette méthode de traitement n'est pas nouvelle à la vérité, mais elle gagne singulièrement à être précisée plus qu'on ne

1. Gilles de la Tourette. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, 3 vol. in-8°, 1891-1895.

l'a fait jusqu'à ce jour. La faradisation des tissus cutanés ou des muqueuses si vantée par Duchenne, de Boulogne, et par Briquet, l'électricité statique, les aimants, le massage, l'hydrothérapie, sont les éléments de cette méthode dont l'empirisme a depuis longtemps révélé l'efficacité. En agissant sur la sensibilité périphérique on influence certainement les centres sensitifs qui, d'après les recherches les plus récentes, semblent bien se superposer aux centres idéateurs. Reste d'ailleurs le traitement psychique proprement dit qui s'adresse surtout à l'ensemble des manifestations alors que la méthode précédente vise particulièrement les phénomènes localisés; les deux devront toujours marcher de pair, se prêtant un mutuel appui.

Ceci dit, nous diviserons cette étude en trois parties : la première comprendra le traitement prophylactique de la névrose; la deuxième, le traitement de l'hystérie en général; la troisième, le traitement des accidents hystériques en particulier.

II

Traitement prophylactique.

« Puisque, dit Briquet, l'observation montre que le quart environ des filles qui naissent d'une mère atteinte d'hystérie est inévitablement destiné à devenir hystérique, il est évident que la direction de la grossesse de la mère et celle de l'éducation de l'enfant, si c'est une fille (nous pouvons ajouter aujourd'hui, ou un garçon) devront se faire d'après certaines règles que le médecin aura à déterminer. »

Quels sont donc les moyens prophylactiques à mettre en œuvre pour empêcher, chez l'enfant né dans de telles conditions, le développement de la névrose?

Tout dépend de l'état mental de la mère elle-même : supposons que celle-ci, après l'accouchement, soit restée ce qu'elle était auparavant, une hystérique confirmée avec des accidents de moyenne intensité, le père étant sain dans notre hypothèse.

Tous les efforts devront tendre à soustraire le garçon ou la fillette à son influence pernicieuse, surtout à dater de la cinquième ou de la sixième année, alors que l'intelligence de l'enfant prend son essor, qu'il n'est plus l'être végétatif sur lequel les modifications physiques de l'alimentation, par exemple, avaient une prise singulièrement plus importante que la contagion nerveuse qui se dégage de sa mère. Et cette influence morbide s'exerce de plusieurs façons.

D'abord l'enfant peut être témoin de phénomènes physiques : crises convulsives, accès de toux, paroxysmes quels qu'ils soient qui l'impressionneront au suprême degré, aucune affection n'étant plus contagieuse que l'hystérie. Surtout il vivra constamment aux côtés d'une mère dont l'état mental est justement celui qu'on ne voudrait pas voir se développer chez lui : avec ses hauts et ses bas, ses exagérations affectives, cette instabilité, cette suggestibilité qui font tourner la cervelle de l'hystérique à tous les vents de l'esprit. Il faut à tout prix que cet enfant, qui est prédisposé par son hérédité à l'éclosion de semblables désordres, ne vive pas entouré par eux, dans leur atmosphère. Au médecin d'aviser ; à lui, s'il a l'autorité morale qu'il doit toujours posséder dans une famille, de s'entendre directement avec le père ou avec la mère si c'est le père qui est névropathe, pour soustraire l'enfant à l'influence du milieu.

La solution de ce problème est grosse de difficultés. Et ici comme dans tout le cours de cette étude, nous aurons plus particulièrement en vue la classe de la société où les conseils du médecin sont susceptibles d'être écoutés; car comment agir dans la classe ouvrière, au moins dans celle qui peuple les grandes villes, où l'exiguité des locaux rend forcément les filles témoins des attaques de leur mère, où le médecin n'est appelé d'ailleurs à donner son avis qu'en matière d'affection aiguë! Dans de tels milieux il n'y a rien à espérer : aussi nous savons combien l'hystérie y est fréquente!

S'il s'agit d'un garçon, le père que nous supposons sain devra prendre la direction complète de son éducation et de

son instruction. Dès l'âge de six ou sept ans, surtout s'il s'est aperçu, mis sur ses gardes par le médecin, que l'enfant possède déjà les signes prémonitoires de l'hystérie qu'on redoute : terreurs nocturnes, sommeil agité, et surtout accès de somnambulisme nocturne; il ne doit pas hésiter un seul instant et si l'état physique le permet, quoi qu'il en coûte à son affection, préférer l'internat à l'éducation en famille. Il ne doit pas attendre, car la suraffectivité de la mère hystérique, ses débordements de tendresse, auront vite fait de son fils un enfant gâté !

Donc pour les garçons issus d'une mère hystérique, à partir de 8 à 10 ans, plus tôt même, l'internat s'impose, si physiquement ils le peuvent supporter ; ils y reconnaîtront que le monde tout entier ne gravite pas autour d'eux, ils y échapperont surtout à l'influence éminemment pernicieuse du milieu héréditaire.

Il est certain cependant que l'internat a aussi pour eux des inconvénients, que certains pédagogues ont la férule trop lourde, que l'hygiène physique très importante dans l'espèce y laisse souvent à désirer. Ici le médecin de la famille peut intervenir, c'est son rôle et son devoir. Il verra le directeur de l'établissement, lui dira ce qu'il attend de l'internat qu'il a justement conseillé parce qu'il savait pouvoir compter sur la bienveillance du maître et enfin formulera la ligne de conduite suivante :

De tels enfants, issus d'hystériques et prédisposés à l'hystérie, ont souvent l'intelligence fort éveillée, au moins à cet âge : ils figurent fréquemment en tête de leur classe. Ce n'est pas leur activité intellectuelle qu'il faudra gourmander, mais bien plutôt on devra s'attacher à réprimer les irrégularités de leur esprit qui en font des indisciplinés, souvent punis, mais pour lesquels néanmoins les professeurs gardent un certain intérêt, parce qu'ils sentent de l'étoffe dans ces sujets qui ont la compréhension facile, si leur attention en revanche n'est pas toujours capable d'un long effort. Un maître qui saura bien diriger ces enfants — il y en a qui le font d'instinct — en

obtiendra beaucoup. Un autre qui — on nous passera cette expression vulgaire — ne saura pas les « prendre » les butera, n'en obtiendra rien, et par les mille tracasseries de la vie pédagogique, favorisera chez eux le développement que l'on veut éviter à tout prix de leur tempérament d'hystériques. De la fermeté unie à beaucoup de douceur; dans les procédés d'instruction, dans les réprimandes, ne pas heurter de front des caractères qui malgré leur allure indépendante sont cependant toujours malléables, telle sera la règle en pareille circonstance.

Le médecin n'oubliera pas non plus que, enfant comme adulte, l'hystérique est rarement un pléthorique, que l'anémie le guettera pour ainsi dire toute sa vie et, de ce fait, exigera pour lui des exercices physiques suffisants, mais exclusifs de tout sport, une habitation aérée et une nourriture fortifiante. De même qu'il proscrira le sport, de même il veillera à ce que l'excitation intellectuelle soit modérée en évitant les écarts d'esprit, les enthousiasmes excesssifs auxquels le prédisposé héréditaire est constamment enclin. Ces enfants sont très souvent des imaginatifs et sans couper trop brusquement les ailes à leur imagination toujours prête aux envolées, il conviendra de les diriger plus terre à terre, de les conduire si possible vers l'étude des sciences exactes, auxquelles d'ailleurs ils se montrent parfois rebelles.

Si malgré toutes ces précautions il survient du somnambulisme nocturne, des toux quinteuses passagères, il faudra alors en venir au traitement thérapeutique vrai sans plus attendre, en ayant présent à l'esprit qu'en matière d'hystérie il est toujours plus facile de prévenir des accidents que de les faire disparaître lorsqu'ils existent.

Par la nécessité d'une instruction plus précoce, par ses jeux même, le petit garçon échappe jusqu'à un certain point à sa mère, mais il n'en est plus ainsi de la fillette qui vit presque dans son ombre et dont elle cherche à modeler sur la sienne propre sa jeune intelligence, nous dirions avec plus de justesse, son état mental.

Soustraire ces jeunes filles à l'influence du milieu familial est une règle qui s'impose et l'instruction en commun, l'internat même nous semblent absolument nécessaires.

Là encore le rôle de l'éducatrice à laquelle l'enfant aura été confiée devient considérable et plus que jamais le médecin de la famille doit intervenir par ses conseils et exiger qu'ils soient suivis. Il ne faut pas que dans le pensionnat, la jeune fille retrouve des fréquentations qu'on lui a fait fuir en l'éloignant de ses proches; c'est à la pension qu'il faudra veiller à éviter soigneusement les liaisons si fréquentes entre enfants nerveux.

Si le petit garçon ne trouve guère dans la nature de ses études un aliment aux écarts toujours prêts à se produire de son imagination, il n'en est plus de même en ce qui concerne les jeunes filles. Chez elles, l'éducation est plus imaginative; les arts d'agréments, la danse, la musique sont davantage cultivés. L'exagération de cette culture est éminemment nuisible. Il est des fillettes hystériques qui pleurent à l'audition d'un air langoureux, d'une romance sentimentale : il faut surveiller de près, lorsqu'elle existe, cette exaltation toujours morbide de la sensibilité musicale.

De même la danse doit-elle être pour elles un exercice hygiénique et rien de plus. Chez les prédisposées à l'hystérie nous proscrivons radicalement les séances musicales du soir, et les soirées où la danse se prolonge. Leur sommeil en est trop fortement troublé ; nous savons trop dans quel sens désastreux les rêves de la nuit influencent la journée du lendemain. Des promenades à la campagne, de la musique en commun pendant le jour; pendant la journée aussi des réunions toujours courtes, sans excitation, sont de beaucoup préférables.

Au moment où ces enfants font leur « première communion », pas d'exagération, pas de surchauffage dans le sens religieux, pas de ces retraites, de ces jeûnes qui exaltent le moral en déprimant le physique. Entre onze et douze ans, les jeunes filles sont dans une période de transformation dangereuse, et l'hystérie peut être l'aboutissant de ces pratiques exagérées.

La *première menstruation*, en effet, est souvent pour la jeune

fille, quelle qu'elle soit, un véritable sujet d'effroi, de terreur tellement on lui a tenu cachée la possibilité même de cet acte physiologique qu'elle ne soupçonne pas chez sa mère.

C'est toujours pour les prédisposées à l'hystérie un choc moral qui vient s'ajouter à la dépression physique que les règles entraînent fréquemment avec elles, vu la spoliation sanguine qui les accompagne ; spoliation d'autant plus fâcheuse que beaucoup d'entre elles sont particulièrement sujettes à l'anémie sinon à la chlorose.

Il faut leur éviter ce choc, les prévenir de ce qui doit arriver comme d'une chose toute naturelle, et les règles venues, ne pas trop s'effrayer si l'état psychique s'altère passagèrement ; car pendant la période menstruelle la femme la mieux pondérée est presque toujours dans un certain état de déséquilibre mental.

L'année d'études terminée, pour les filles comme pour les garçons, un déplacement s'impose, toujours à la campagne à mi-montagne, par exemple. Si l'enfant est lymphatique, on pourra conseiller la mer, mais il ne faut pas oublier que beaucoup de ces prédisposés dorment mal, sont excités lorsqu'ils subissent l'influence du climat marin ; il faudra donc choisir une plage chaude et très abritée, se loger à une certaine distance du flot.

Dans quelque endroit que se passe la villégiature, on devra laisser aux enfants et aux adolescents une liberté relative. Il est regrettable que nos mœurs n'aient pas encore adopté ces pratiques d'outre-mer où jeunes gens ou jeunes filles se réunissent par groupes — la famille veillant au choix des relations — pour entreprendre ces voyages d'excursion qui leur apprennent à exercer leur *self control* en même temps que dans la circonstance ils les éloignent du milieu familial héréditaire.

La jeune fille dont nous avons la surveillance est nubile. Doit-on favoriser les tendances qu'elle a naturellement au mariage, doit-on au contraire chasser de son esprit toute idée matrimoniale, soit par crainte de voir se développer l'hystérie que l'on redoute, soit par crainte de l'hérédité morbide chez

les enfants qu'elle pourrait mettre au monde ? Cette dernière considération doit être écartée, car si l'on devait éloigner du mariage tous les héréditaires nerveux ou autres parce qu'ils peuvent procréer des enfants héréditaires, eux aussi, il n'y aurait plus qu'à fermer le registre des naissances.

S'il ne s'agit que de jeunes filles prédisposées à l'hystérie, la solution de la question n'est pas douteuse : il faut conseiller le mariage pour cette raison qu'on les soustraira ainsi à l'influence mauvaise du milieu familial. Il sera aussi permis d'espérer que la jeune fille trouvera dans son mari l'aide morale qui lui est nécessaire, plus particulièrement à elle dans la circonstance. Il faut savoir, en effet, que rien n'est plus difficile à guérir que l'hystérie des femmes vieillies dans le célibat, qui, restées seules dans la vie, manquent de l'appui qui leur est indispensable et n'ont personne autour d'elles qui leur impose de suivre les avis du médecin.

Il est bien entendu qu'en conseillant le mariage celui-ci n'aura pas en vue l'application des idées hippocratiques : « *Nubat illa et morbus effugiet* ». Il ne devra pas oublier ce qu'a écrit Charles Lepois : « J'ai vu des jeunes filles hystériques se marier, concevoir et rester hystériques, et bien plus *eadem experiri accidentia vel in mediis uxorum amplexibus* ».

Il se placera uniquement au point de vue d'un changement de situation qui pourra être utile à la fois au moral et parfois peut-être au physique de celles dont la direction lui est confiée.

On nous objectera certainement que toutes les unions ne sont pas heureuses, tant s'en faut : nous répondrons qu'il nous est permis d'espérer que celle que contractera notre cliente le sera. Dans tous les cas, nous le répétons, nous n'avons en vue actuellement que les prédisposées à l'hystérie : pour ce qui est des jeunes filles qui au moment de contracter mariage ont déjà souffert d'accidents convulsifs ou autres de la série hystérique, la question se pose d'une façon sensiblement différente. Il y a des échelons dans la gamme des accidents hystériques. Telle jeune fille de vingt ans qui, âgée de douze ou quinze ans, a souffert d'une toux quinteuse, d'une contracture à la suite d'une

émotion vive ou d'un violent traumatisme par exemple, n'est pas à mettre sur le même rang qu'une de ses compagnes en hystérie qui, tous les mois, est périodiquement atteinte d'accidents convulsifs ou de manifestations viscérales de la névrose.

Ce qui doit guider surtout, c'est l'état mental du sujet. Telle hystérique qui n'a jamais souffert d'accidents graves, mais qui par contre est une émotive, une excitable au premier chef avec des alternatives de dépression, est un sujet beaucoup moins apte au mariage que telle autre qui a supporté sans trop de déchéance mentale des secousses morales qui, à la vérité, ont déterminé chez elle l'apparition d'accidents hystériques vrais, mais dont elle a triomphé sans encombre pour sa personnalité psychique.

On voit combien la question est complexe. Pour parler net, si nous concluons en faveur du mariage chez les prédisposées, c'est parce qu'une hystérie qui ne s'est pas encore solennellement manifestée à l'âge de vingt ans a bien des chances pour être peu vivace, et que notre conviction est que ces chances ne s'augmenteront pas, bien au contraire, dans le célibat.

D'ailleurs, en ce qui regarde les hystériques vraiment ancrées dans la névrose, la question que nous avons à résoudre est en réalité beaucoup plus théorique que pratique. Le médecin n'est souvent consulté... que lorsque ses conseils sont devenus inutiles, si tant est même que dans les cas où sa réponse ne saurait être que défavorable on n'ait pas songé d'abord à une chose: à se passer complètement de son avis.

Le mariage est consommé : quelle devra être désormais l'hygiène prophylactique de la femme hystérique ou prédisposée à l'hystérie. Nous sommes fixés sur les rapports sexuels : ils ne sauraient en eux-mêmes empêcher les paroxysmes de se montrer, ils peuvent en favoriser l'apparition lorsqu'il existe des déterminations locales de la névrose. *Uti non abuti*, tel est le précepte général.

Bien plus souvent le médecin sera consulté sur l'opportunité d'une *grossesse* et sur les conséquences possibles de la gestation.

Il faut avouer que fréquemment aussi il sera fort embarrassé pour répondre.

A notre avis, la question de la grossesse par rapport au développement des accidents hystériques ne doit pas être envisagée au point de vue de l'infériorité physique créée par la gestation et susceptible partant, comme toutes les causes d'affaiblissement général, soit de provoquer l'hystérie qui ne s'était pas encore manifestée, soit d'exagérer les accidents qui existent. C'est au point de vue psychique, moral, qu'il faut se placer.

Il est clair que les premiers signes d'une grossesse chez une femme non mariée, qui comprend à n'en plus douter que « sa faute » va devenir apparente, sauter aux yeux de tous, détermineront un état d'esprit éminemment favorable au développement des accidents hystériques.

Mais il ne saurait en être de même lorsqu'une grossesse est ardemment désirée, que l'enfant va devenir un lien de plus dans le ménage, qu'il fournira à la mère un sujet constant d'occupations qui lui sont chères. Dans ce cas la grossesse est un événement incontestablement favorable, sinon même utile, à la condition toutefois, on le comprend, qu'elle ne se renouvelle pas trop souvent. Évidemment, on ne conseillera pas une grossesse à une hystérique chlorotique au 3e degré ; mais est-ce sur les conseils du médecin qu'elle se sera mariée?

On le voit, cette question de la grossesse dans l'hystérie est complexe : là encore autant de formes, autant de cas particuliers; la conduite à suivre ne saurait être mise en formules.

Mais où il ne saurait y avoir d'hésitation par exemple, c'est au sujet de l'*allaitement*. Celui-ci doit être proscrit dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Dans l'intérêt de la mère, parce que les fatigues du jour et de la nuit l'épuiseront vite et favoriseront l'apparition des accidents nerveux qu'on veut éviter; dans l'intérêt de l'enfant, parcequ'il est permis d'espérer qu'avec un peu de réussite on pourra trouver une nourrice vigoureuse qui fortifiera singulièrement plus que sa mère ce petit prédis-

posé à l'hystérie dont l'état physique doit rester aussi satisfaisant que possible.

Une autre question pourrait se poser, celle du mariage d'un hystérique mâle : nous croyons sans ambages qu'il faudrait la résoudre par la négative. Dans notre société, telle qu'elle est organisée, hors du mariage pas de salut pour les jeunes filles, et il ne faut pas qu'elles attendent trop longtemps, car la jeunesse passe et les épouseurs se font rares. On pourra toujours conseiller à un homme de patienter, de reculer de quelques années et se baser sur la persistance ou la disparition des accidents hystériques pour se prononcer. Mais connaissant la ténacité des manifestations de la névrose chez les hommes et le trouble habituellement si profond de leur état mental, on comprendra que le mariage ne saurait convenir en aucune façon à de semblables sujets.

Nous savons que l'hystérie se développe surtout avant vingt-cinq ans ; toutefois nous n'ignorons pas aussi que chez la femme il est une période, celle de la *ménopause*, où la névrose peut se montrer pour la première fois ou revenir d'une façon agressive si elle avait antérieurement existé.

Il y aura lieu de formuler dans ces cas toute une série de conseils qui ne seront d'ailleurs que l'exagération de ceux que nous avons prescrits pendant la période de l'activité menstruelle : repos au moment de l'apparition irrégulière des règles, distractions dans leur intervalle, éloignement des préoccupations morales jusqu'à ce que la cessation de la fonction soit définitive.

Il ne faut pas oublier que c'est l'époque où les manifestations de l'hystérie ont une tendance exceptionnelle à la ténacité, gagnant les viscères, se localisant sur l'abdomen pour produire ces paroxysmes à forme névralgique à la fois si douloureux et si difficiles à guérir. On voit que le rôle du médecin trouvera encore là à s'exercer.

III

Traitement curatif de l'hystérie en général

A. — INDICATIONS GÉNÉRALES.

Dans le précédent chapitre, nous nous sommes attaché à empêcher l'apparition des accidents qui menaçaient le prédisposé à l'hystérie. Nous supposons maintenant que nos efforts ont été vains ou qu'un malade que nous voyons pour la première fois vient réclamer nos soins pour des accidents confirmés : il nous faut en conséquence mettre en pratique le traitement curatif proprement dit. Celui-ci est *général* ou *particulier* ; général lorsqu'il est applicable à l'ensemble des manifestations qui constituent l'état hystérique ; particulier lorsqu'il s'adresse plus spécialement à une manifestation qu'à une autre. Le traitement curatif comprend lui aussi une certaine part de prophylaxie, car une série de paroxysmes convulsifs étant guérie par exemple, il faudra s'employer à empêcher le retour de manifestations du même ordre ou d'ordre différent ayant antérieurement existé.

L'hystérie étant dans notre hypothèse une maladie psychique, c'est à l'élément psychique qu'il va falloir s'adresser, ou mieux tous nos efforts devront tendre à l'influencer dans un sens favorable, à en assurer, à en rétablir le fonctionnement normal, régulier, troublé par la névrose. Si nous considérons en outre que les femmes hystériques sont assez fréquemment anémiques, chaque fois qu'une dépression physique existera, il faudra tout mettre en œuvre pour relever et tonifier l'organisme.

Nous rappellerons encore l'importance des troubles de la sensibilité qui accompagnent l'hystérie en général, ou se superposent à ses manifestations locales. Il semble qu'il y ait là pour ainsi dire une extériorisation du trouble psychique

qui préside en réalité à l'évolution de tout accident hystérique. Or, nous verrons que les faits ont conduit les médecins, d'une façon empirique, à se servir d'un certain nombre de procédés thérapeutiques de tous points excellents qui n'agissent certainement qu'en modifiant les déterminations sensitives. C'est un moyen détourné pour atteindre l'élément psychique que de modifier son extériorisation physique.

Mais avant d'étudier les divers procédés thérapeutiques, nous voudrions dire quelques mots des qualités que doit posséder le médecin appelé à soigner des hystériques. Ces qualités, il ne peut les acquérir que dans la *fréquentation répétée* de ces malades. Elle lui permettra de juger d'un coup d'œil le sujet qui se présentera à son observation en même temps qu'elle lui fournira, par l'expérience acquise, les moyens d'apprécier la gravité de la manifestation actuelle et l'opportunité des moyens curatifs à lui opposer. C'est cette science de sa maladie vite reconnue par l'hystérique chez son interlocuteur qui donne au médecin l'autorité morale indispensable pour triompher d'accidents psychiques de cette nature.

Il ne faut pas brusquer les hystériques, il faut les examiner avec soin et grande patience. Il faut, en leur faisant comprendre qu'on est au courant de leur maladie, de leurs faits et actes, de leur manière de vivre journalière, leur montrer qu'on les tient en main pour ainsi dire et qu'elles n'ont plus qu'à obéir. Et elles obéissent vite en général quand on a su de cette façon gagner leur confiance.

B. — HYPNOTISME ET SUGGESTION.

Parmi les procédés de traitement psychique, un des premiers qui se présente à l'esprit n'est autre que l'*hypnotisme* et son corollaire obligé la *suggestion*. Voici un sujet porteur d'une paralysie, nous l'endormons, pendant le sommeil nous lui suggérons que sa paralysie doit disparaître, elle disparaît en effet et l'hypnotisme a triomphé!

Ce sont les théoriciens de l'hypnose qui parlent ainsi et les

observateurs sincères qui ont la pratique du traitement des hystériques sont loin de partager leur enthousiasme. L'hypnotisme n'est pas autre chose qu'un paroxysme hystérique provoqué au lieu d'être spontané; il agit comme les paroxysmes, en modifiant profondément le terrain hystérique.

Or ce que le médecin qui essaye de déterminer le sommeil artificiel doit avoir constamment présent à l'esprit, c'est qu'il ne peut savoir à l'avance si les effets qu'il va produire, au lieu d'être curatifs, ne seront pas simplement désastreux. Au lieu d'un état calme pendant lequel le sujet se prêtera à ses suggestions thérapeutiques, c'est parfois une attaque qui fera son apparition et pourra être la première manifestation convulsive de l'hystérie. Avant donc de tenter l'hypnotisation, il faut faire une étude approfondie du malade et se dire qu'on risque souvent beaucoup pour gagner peu. Quelle sera l'attitude du médecin qui s'est posé en thérapeute en présence d'une attaque qu'il a lui-même provoquée et qu'il est le plus souvent impuissant à enrayer?

« Le médecin, disions-nous en 1887[1], ne devra pratiquer l'hypnotisation que chez les malades qui présentent des symptômes d'hystérie confirmée, c'est-à-dire chez lesquels il existe des phénomènes nerveux tels que ceux qu'on risque de produire soient inférieurs en gravité aux symptômes actuels. Nous n'hésitons pas à le répéter, il vaut mieux vivre en paix avec de légers troubles hystériques que de s'exposer à la révélation des accidents les plus tenaces de la névrose, les crises convulsives en particulier. »

Le médecin ne devra pas oublier non plus que les hypnotisations répétées agissent elles aussi à la façon des attaques qui se répètent, en se coulant toujours dans le même moule. Lorsqu'un sujet a été souvent hypnotisé, il n'est pas rare de le voir retomber spontanément, de lui-même, sous l'influence de la provocation la plus fortuite, dans un état semblable à celui où il avait été déjà plongé. La forme hypnotique la plus favorable

1. Gilles de la Tourette. — L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal, ch. IX *Médecine hypnotique*, 2e éd., 1889.

aux suggestions thérapeutiques ou autres étant le somnambulisme, il est fréquent de voir des sujets revenir d'eux-mêmes à la forme somnambulique qui crée ainsi chez eux des états analogues aux états seconds les plus légitimes.

On devra donc tenir compte de toutes ces considérations dans la mise en œuvre de l'hypnose et en somme ne se servir de ce moyen thérapeutique que lorsque les autres procédés de traitement auront échoué.

C. — ISOLEMENT.

L'élément le plus important du traitement psychique des hystériques consiste incontestablement dans l'*isolement* de ces malades des personnes de leur entourage. Nous avons déjà vanté ses avantages dans la prophylaxie de la névrose. Charcot en faisait la base de son traitement curatif, et c'est en réalité à notre regretté maître qu'on doit la mise en pleine lumière de ses bienfaits.

L'isolement n'est pas toujours facile à obtenir des parents quand il s'agit en particulier d'un jeune sujet et le médecin aura souvent à triompher de bien des résistances. C'est alors que lui serviront singulièrement les qualités dont nous avons parlé et l'autorité morale qui devra s'être attachée à sa personne.

Ici nous ouvrons une parenthèse. Le médecin ordinaire ou consultant qui prescrit l'isolement doit, vis-à-vis du malade et de sa famille, prendre la responsabilité complète du traitement qu'il indique, autrement il ne serait pas obéi. Mais pour pouvoir assurer cette responsabilité, qui n'est pas sans être lourde dans certains cas d'anorexie, par exemple, susceptibles de se terminer par la mort, il faut qu'il ait la possibilité d'indiquer immédiatement un établissement hydrothérapique dans lequel il ait lui-même toute confiance. Et ces établissements ne sont pas communs.

Beaucoup excellents au point de vue du confort, par exemple, pèchent radicalement par ce fait que ceux qui les dirigent

ne sont pas à la hauteur de la tâche très délicate qui leur incombe. Il ne suffit pas d'être un excellent administrateur pour soigner des hystériques ; il faut les connaître. Il faut surtout vouloir et pouvoir s'en occuper tous les jours, à chaque instant du jour pour seconder efficacement, après entente, les efforts du médecin dont les conseils devront être régulièrement suivis et non contrecarrés, ainsi qu'il arrive trop souvent. Le médecin a promis qu'en entrant dans tel établissement la guérison était assurée ; il a pu se tromper, mais il ne faut pas que son erreur provienne de l'insuffisance des soins apportés à l'application du traitement qu'il a prescrit.

Une fois l'isolement obtenu, son efficacité se fait rapidement sentir. La malade, du jour même de son entrée, devient calme, si l'agitation habituelle n'était pas trop grande ; au bout de quarante-huit heures, elle est généralement faite à sa nouvelle vie.

C'est que l'obsession pernicieuse de l'entourage a disparu, obsession dont le sujet se rend compte désormais en éprouvant les bons effets de la tranquillité où il se trouve plongé. A partir de ce moment, il se fait dans son esprit une véritable révolution assez difficile à analyser d'ailleurs, mais qui n'est pas moins réelle et dont on constatera bientôt l'action salutaire. La malade comprend que ses doléances ne seront plus des ordres ; elle se montre plus souple, devient obéissante et de l'obéissance à la guérison, en matière d'hystérie, il n'y a pas loin.

Certainement il surviendra parfois des résistances, voire des révoltes, mais en général une fois séparée de sa famille l'hystérique se sent vaincue. Elle ne peut comprendre comment ses parents qui la veille étaient à ses genoux l'ont ainsi laissée seule. Pour la première fois peut-être, il lui vient à l'esprit que le mal dont elle souffre est chose grave, puisqu'on l'a abandonnée à des mains étrangères. Et il se mêle à son obéissance un certain sentiment de crainte dont le médecin profitera pour imposer sa volonté.

« Le fait seul d'avoir obtenu l'isolement, dit M. Pitres, cons-

titue une sorte de victoire morale qui place l'hystérique sous la domination exclusive du médecin. Celui-ci n'a plus qu'à profiter de ce premier succès en faisant suivre avec une rigoureuse exactitude le traitement qui lui paraît indiqué. » Nous dirons ce que celui-ci doit être en exposant la thérapeutique des accidents hystériques en particulier.

La durée du traitement par l'isolement variera évidemment suivant les individus et suivant les manifestations dont ils souffrent. Il ne doit pas être prolongé outre mesure. Même dans les cas les plus favorables il arrive toujours un moment où l'influence du milieu nouveau dans lequel on a transporté le malade, s'est usée, pour ainsi dire. Au médecin de juger, à lui de prescrire, si la guérison n'est pas encore définitive, une thérapeutique de convalescence, de conseiller, d'ordonner un déplacement, un voyage, une villégiature.

Enfin, si l'entrée brusque du sujet dans le milieu de l'établissement hydrothérapique est constamment favorable, il n'en est pas toujours de même du brusque retour dans le cercle familial ou ordinaire pour les raisons que nous avons apprises à connaître. Il faudra, dans certains cas, s'efforcer de trouver une transition à ce retour, et, pour ce faire, on se guidera sur les circonstances, en considérant les conditions inhérentes à chaque cas particulier.

D. — TRAITEMENT EXTERNE.

S'il est difficile, on le conçoit, de mettre en formules pour ainsi dire les règles du traitement *psychique* de l'hystérie, capital dans l'espèce, il est par contre beaucoup plus facile de faire le bilan de nos connaissances sur les moyens que l'expérience a démontrés utiles pour la cure *physique* de la névrose.

Étudions d'abord les agents du traitement externe.

1° Hydrothérapie.

L'hydrothérapie vient au premier rang. Comment? sous quelle forme devra-t-on la prescrire? Dans le traitement général

de l'hystérie c'est à l'*eau froide* que s'adressera le médecin, administrée, soit seule, soit combinée, avec certaines températures chaudes destinées à en atténuer l'effet trop excitant chez quelques malades. Il ne sera donc pas question ici de procédés sédatifs *directs* ou réputés antispasmodiques, tels que bains chauds prolongés, douches chaudes, etc. Ces procédés pourront, dans certains cas rares — accès délirants avec excitation maniaque, par exemple — être employés pour combattre momentanément un état d'éréthisme trop accentué. Ils ne sauraient constituer la base d'un traitement fondamental, par l'affaiblissement qu'ils ne manqueraient pas de produire et qu'il faut toujours éviter.

L'eau froide, au moins en ce qui regarde l'hystérie, agit de deux façons, dont l'une, la plus importante à notre avis, paraît avoir souvent échappé à l'interprétation des observateurs.

Lorsqu'on fait sur la surface du tégument cutané une application d'eau à la température de 8 à 12° C. qui est celle que nous employons le plus généralement, les vaisseaux de la peau se contractent sous l'influence du froid et la sensibilité cutanée se trouve modifiée. Le reflux du sang de la périphérie vers le centre n'est que momentané, et bientôt, l'action du froid venant à cesser, on voit survenir ce que l'on appelle la *réaction*. Celle-ci consiste dans la dilatation réflexe des petits vaisseaux sanguins primitivement resserrés, de telle sorte qu'à la constriction et à l'anémie succèdent l'expansion et la congestion.

Ces modifications circulatoires entraînent toujours avec elles des modifications de la sensibilité cutanée, ainsi sont rendues très utiles les pratiques hydrothérapiques à l'eau froide, puisque l'expérience a démontré que c'était surtout en agissant sur les troubles sensitifs qu'on pouvait modifier, sinon faire disparaître des accidents hystériques, soit localisés, soit généralisés. L'eau froide possède donc une action esthésiogénique indiscutable, dont on retirera des plus grands bénéfices dans le traitement de l'hystérie.

De plus, la douche froide généralisée a une action tonique

incontestable. Quinquaud a établi qu'elle augmentait les processus d'oxydation et les combustions interstitielles. Albert Robin l'excrétion de l'acide phosphorique par rapport à l'azote. Par des expériences ingénieuses, Fleury a fait voit qu'elle favorisait l'absorption.

Donc, outre son action esthésiogène, l'eau froide est utile dans l'hystérie pour combattre l'anémie et la dépression des forces : elle favorise l'action des médicaments qui, sous son influence, sont mieux et plus vite absorbés.

En possession de ces données nous devons rechercher quel est le meilleur moyen pratique d'administrer l'eau froide. L'expérience a démontré que les résultats les plus satisfaisants étaient obtenus *à l'aide de la douche froide en jet brisé de courte durée.* La pression de la douche au jet mobile devra être de 16 à 18 mètres environ, soit de une à une atmosphère et demie. Si l'on agit avec de l'eau à 7 ou 8 degrés, sa durée variera entre cinq, dix et quinze secondes. Si l'eau dont on dispose est moins froide, 10 à 12 degrés par exemple, la durée pourra être prolongée jusqu'à vingt à vingt-cinq secondes. D'une façon générale, la douche sera d'autant meilleure, c'est-à-dire la réaction plus énergique, que la durée de l'aspersion aura été plus courte ; on aura donc tout intérêt et employer l'eau très froide (8 à 10°). Elle sera administrée sous forme d'aspersions généralisées en jet très brisé en éventail sur les parties antérieures et postérieures du tronc et des membres supérieurs en évitant toujours avec soin de projeter de l'eau sur la tête. Le plus souvent on terminera par la percussion avec le jet plus ou moins plein sur les membres inférieurs et sur les pieds.

Les diverses manifestations hystériques nous fourniront des indications pour l'application de douches plus particulièrement localisées. Dans tous les cas on devra avec grand soin éviter de projeter l'eau avec sa force initiale sur les zones hyperesthésiques et surtout sur les zones hystérogènes : on risquerait, en les frappant, de déterminer une attaque. Avant de commencer le traitement, on recherchera donc s'il en existe.

Lors des premières douches, il se produit parfois un certain degré de céphalalgie que l'on combattra à l'aide d'un bandeau froid sur le front, par un pédiluve chaud, une percussion vigoureuse de la plante des pieds, un jet chaud sur les pieds, soit avant, soit après l'aspersion froide. Contre le vertige on emploiera les mêmes moyens que contre la céphalée ; on combattra les suffocations et les palpitations en faisant maintenir par le patient une serviette froide sur la poitrine pendant l'administration de la douche ; quelquefois il faudra ménager entièrement le devant du thorax pendant la projection de l'eau.

Si tous ces moyens échouaient, on aurait recours à la douche écossaise avec ou sans transition. Dans le premier cas, on projette l'eau à la température de 35 à 45 degrés suivant la tolérance du sujet. On reste au degré adopté pendant un temps qui varie entre une demi et deux minutes pour abaisser ensuite brusquement l'eau à la température la plus basse que l'on administre pendant cinq, dix, quinze secondes suivant le cas.

Telle est la douche écossaise sans transition. Ce procédé trouve particulièrement son application lorsque l'hystérique est en même temps un rhumatisant, ce qui n'est pas rare. Employée de cette façon, elle agit énergiquement contre l'anesthésie cutanée étendue, dans sa forme hémilatérale, par exemple. Bottey, dans son *Traité d'hydrothérapie*, dit avoir plusieurs fois obtenu de cette façon le transfert d'une hémianesthésie.

Dans la douche écossaise avec transition, on abaisse progressivement et lentement la température chaude pour arriver à un degré de plus en plus bas. Cette douche est fort utile au début d'un traitement pour préparer certains malades à la douche froide d'emblée, celle à laquelle il faudra toujours s'efforcer d'arriver.

Les trois procédés d'administration que nous venons de décrire répondent suffisamment dans la pratique à toutes les exigences des manifestations hystériques. Quant aux douches tempérées (28 à 30°), ou aux douches fraîches (18 à 20°),

elles nous ont toujours semblé inutiles et doivent être, à notre avis, rayées dans l'hystérie de l'arsenal hydrothérapique.

Pour assurer la réaction, phénomène capital en l'absence duquel la douche ne serait pas seulement inutile, mais nuisible, toute application d'eau froide devra être précédée, autant que possible, si le malade est valide, d'une marche de quelques instants ou d'un exercice musculaire approprié, afin d'élever dans une certaine mesure la température du corps, au moins à la périphérie. La douche pourra, à la rigueur, être administrée le corps étant en sueur, mais il n'est pas nécessaire de rechercher la transpiration ; de même il ne faut pas se soumettre à l'eau froide avec la respiration haletante et les battements de cœur précipités qui résultent d'une course prolongée.

La douche sera suivie d'une friction modérée de quelques minutes de durée avec un drap rêche. Le malade fera ensuite une promenade de vingt à trente minutes au minimum dont il réglera la rapidité suivant la saison et la température ambiante. Tout exercice violent qui aurait sa raison d'être avant la douche comme moyen de réaction sera, au contraire, complètement interdit après l'application froide. Chez les malades impotents, incapables de se réchauffer spontanément, la marche sera remplacée suivant le cas par le massage, l'exercice passif des membres, les enveloppements dans des couvertures de laine, à la condition, pour ce dernier moyen, d'en cesser l'emploi aussitôt que le sujet éprouvera une sensation de chaleur superficielle.

La douche sera prise autant que possible le matin au lever et, de ce fait, avant le petit déjeuner. Les malades qui doivent se rendre à un établissement hydrothérapique ne sortiront pas à jeun, sous peine de voir la réaction se faire d'une façon insuffisante. Ayant mangé, après une demi-heure de marche destinée à assurer la préaction, ils pourront subir l'aspersion en évitant une percussion trop forte sur la région épigastrique. Si le premier déjeuner était un peu copieux : pain, beurre, œufs, jambon, un intervalle de trois quarts d'heure au maximum serait nécessaire entre le repas et la douche. On

devra cesser les douches pendant la période menstruelle. Si les phénomènes de dépression nerveuse étaient très marqués, on pourrait donner deux douches par jour ; dans la pratique ordinaire une seule nous a toujours semblé suffisante.

En l'absence d'appareil hydrothérapique, on pourra avoir recours au *drap mouillé* qu'on emploiera de la façon suivante : Un drap de grosse toile est trempé dans l'eau froide (8 à 12°) puis fortement exprimé et tordu. Le sujet, complètement nu, après avoir rapidement humecté avec une éponge ou avec la main trempée dans l'eau d'une cuvette, son visage, sa tête et sa poitrine, reçoit sur le corps ce drap, que le doucheur lui applique en l'enroulant et en le serrant autour des membres inférieurs. La tête doit être laissée entièrement libre. Le malade prenant à pleines mains les parties du drap qui se trouvent au-devant de lui se frictionne la poitrine, l'abdomen et toutes les régions antérieures du corps ; pendant ce temps, le doucheur frictionne à plat avec la paume des deux mains, le dos, les lombes et les membres inférieurs. Les pieds nus du sujet devront reposer à terre et non sur la partie inférieure du drap, pour ne pas empêcher la réaction de se produire du côté des extrémités inférieures.

La friction sera pratiquée pendant quatre ou cinq minutes au moins, jusqu'à ce que la peau devienne chaude et que le drap lui-même s'échauffe. Aussitôt la friction terminée, le drap mouillé sera remplacé par un autre sec et rêche, avec lequel on frictionnera à nouveau le malade pendant quelques minutes. Après quoi celui-ci s'habillera à la hâte et ira faire une promenade en plein air, de façon à favoriser la réaction ; s'il ne peut marcher, on pratiquera le massage ou on conseillera le repos au lit. Chez les malades sujets à la céphalalgie, on pourra mettre une compresse froide sur la tête, ou les pieds dans l'eau chaude pendant toute la durée de l'application.

Le drap mouillé rendra souvent des services au début d'une cure hydrothérapique chez des sujets délicats, car il n'entraîne pas une grande perturbation dans l'économie ; on aura même avantage chez certains malades très sensibles et ayant des ten-

dances à l'oppression, à commencer par un demi-drap appliqué sur la moitié inférieure du corps seulement.

Quel que soit le procédé employé, le traitement hydrothérapique, pour produire des effets sérieux et durables, devra être prolongé pendant plusieurs mois. Chez certains malades même, dont il soutient les forces, il deviendra pour ainsi dire un besoin, et sera continué longtemps encore après la disparition des accidents hystériques proprement dits.

2° Électricité.

A côté de l'hydrothérapie se place, dans le traitement de l'hystérie, l'électricité sous ses diverses formes agissant, soit localement, soit sur l'économie tout entière, suivant son mode d'emploi. Mais l'électrisation quelle qu'elle soit, appliquée à la surface de la peau, jouit surtout d'une action esthésiogène que Duchenne, de Boulogne, avait déjà notée sans y attacher, toutefois, l'importance que nous lui attribuons. « C'est sans doute, dit-il, en allant exciter les centres nerveux par une sorte d'action réflexe, que la faradisation cutanée rappelle les mouvements dans les paralysies hystériques. Il est même des cas où elle semble mieux réussir que la faradisation musculaire. »

Le *pinceau faradique* est donc un modificateur puissant de la sensibilité cutanée, en même temps qu'il détermine de fortes secousses musculaires qui pourront être utiles dans le traitement de certains troubles trophiques, mais qu'on aura d'une façon générale intérêt sinon à éviter, tout au moins à modérer. Son emploi se trouve indiqué dans les paralysies, les contractures avec troubles de sensibilité superposés, dans l'aphonie, dans l'anorexie avec plaque d'anesthésie de la région laryngée et épigastrique, en un mot, dans tous les accidents *localisés* de la névrose. Vulpian, Grasset, s'en sont toutefois servis pour modifier l'hémianesthésie et produire les phénomènes du transfert.

L'*électricité statique* avec les frictions à la boule, les excitateurs et le souffle électrique remplace avantageusement le

pinceautage faradique. De plus elle jouit de propriétés toniques générales, relève les forces et enfin favorise beaucoup la menstruation souvent troublée des hystériques. La durée des séances variera entre cinq et vingt minutes suivant l'excitabilité des sujets dont ce moyen thérapeutique pourrait augmenter l'éréthisme nerveux. Alors que l'électricité faradique pourra sans inconvénients être appliquée tous les jours, on se trouvera généralement bien, au moins au début de la crise, de n'avoir recours à l'électricité statique que tous les deux jours.

Le *bain hydro-électrique*, qui généralise au maximum l'action du courant faradique, ne paraît pas, en ce qui concerne l'hystérie, être doué d'une efficacité plus grande que le tabouret statique. Cela tient probablement à ce que l'action du bain est surtout profonde, faisant contracter les muscles, mais agissant, en somme, assez peu sur la sensibilité cutanée, objectif principal de tout procédé thérapeutique dans la névrose.

Pour ce qui est de l'*électricité galvanique*, elle n'est guère usitée en France, sinon peut-être contre certains troubles trophiques localisés : atrophie musculaire, œdème et encore, pour l'œdème en particulier, nous croyons que le pinceau faradique lui est de beaucoup préférable. Les auteurs qui l'ont le plus employée, tels que Erb, en Allemagne, n'ont pu que formuler des règles très peu précises au regard de son application dans le traitement des manifestations hystériques.

Signalons enfin le *massage* qui pourra être un adjuvant utile du traitement général, mais dont l'emploi est surtout indiqué dans les manifestations locales, les paralysies et les contractures en particulier, à propos desquelles nous en reparlerons.

E. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

Abordons maintenant l'étude du traitement médicamenteux de l'hystérie. A l'inverse des auteurs qui nous ont précédé, Briquet en particulier, nous croyons inutile d'entrer dans de longues considérations à son sujet. En réalité et c'était l'opinion de Charcot, il n'existe pas de traitement médicamenteux

de l'hystérie. Les *toniques*, le *fer*, les *amers* spécialement, sont utiles pour relever les forces, pour combattre l'anémie, mais ils ne s'adressent pas à l'essence même de la maladie, de source, nous le savons, entièrement psychique.

Quant aux calmants, ils trouvent, eux aussi, leurs indications dans la médication symptomatique de la névrose. Mais le plus puissant d'entre eux peut-être, le *bromure de potassium*, ne saurait revendiquer dans la cure de l'hystérie la place prépondérante qu'il a conquise dans le traitement de l'épilepsie, par exemple. Nous avons souvent entendu notre regretté maître insister sur ce fait, que le bromure pouvait servir de pierre de touche pour le diagnostic à établir entre les accès d'épilepsie et les attaques d'hystérie. Autant son action est fidèle et constante sur les premiers, autant il influence peu les secondes.

On a dit aussi, et Briquet a rapporté des exemples à l'appui de cette opinion, que les médicaments chez les hystériques devaient être employés à très petites doses, étant donnée l'intolérance qui existerait fréquemment chez ces malades. Nous basant sur les recherches que nous avons entreprises avec Cathelineau, nous pensons qu'on a pu se trouver en présence d'idiosyncrasies dans les cas d'intolérance, mais que celle-ci n'est pas le propre de tous les hystériques dont la nutrition, en dehors des paroxysmes, nous l'avons démontré, est comparable à celle des sujets sains par rapport au kilogramme d'individu.

Reste enfin la *médecine* dite d'*imagination* avec son arsenal de pilules fulminantes composées de *mie de pain*, ou de *bleu de méthylène* qui, en colorant les urines, impressionne les malades. Elle donnera parfois des résultats très remarquables, car à maladie psychique il faut un traitement de même nature. Mais pour l'appliquer on devra se guider surtout sur les circonstances et ne pas trop escompter à l'avance des résultats qui se produisent le plus souvent en dehors de toute prévision.

Nous croyons à peine devoir mentionner le *traitement chirurgical* de l'hystérie dont l'ovariotomie fait les plus grands frais. Cette méthode déplorable, anti-scientifique, qui a rendu

stériles tant de femmes, est aujourd'hui universellement condamnée, au moins en apparence, car on châtre toujours contre l'hystérie si l'on ne publie plus les observations. Enlever l'ovaire à une hystérique qui souffre d'une zone hyperesthésique, revient à enlever un testicule pour une zone hystérogène de la glande ou de la peau des bourses : il est inutile de s'arrêter davantage à cette pratique que Charcot n'hésitait pas à qualifier d'immorale.

IV

Traitement des manifestations hystériques en particulier.

Nous allons dans ce chapitre, appliquer au traitement des diverses manifestations hystériques, les notions de thérapeutique générale que nous avons acquises sur la névrose. Toutefois notre intention n'est pas de passer en revue une à une ces manifestations, cela nous entraînerait beaucoup trop loin et sans grand bénéfice; nous croyons qu'on peut utilement synthétiser.

A. — TRAITEMENT DES ATTAQUES.

Envisageons d'abord les attaques, les paroxysmes convulsifs. Si leur allure est à la vérité fort variable, il n'en est pas de même de la thérapeutique à leur opposer. Supposons, par exemple, que nous soyons mandé près d'une femme à laquelle nous n'avons pas encore donné nos soins et qu'on nous dit en proie à une crise d'hystérie.

Confirmons le diagnostic par une rapide observation et faisons d'abord sortir de la chambre de la malade toutes les personnes dont la présence ne nous semble pas indispensable, c'est-à-dire ne conservons avec nous que la garde s'il y en a une, ou celui ou celle que, à son aspect suffisamment calme, nous jugeons pouvoir nous être de quelque utilité.

On peut, en effet, poser comme règle générale que les soins

trop empressés, excessifs, doublent au moins la longueur et l'intensité d'une crise. Souvent l'attaque cesse d'elle-même lorsque le sujet reste en la seule présence du médecin ou d'une personne que ne troublent ni ses cris ni son agitation et qui lui est relativement indifférente. C'est que fréquemment, en effet, la crise a été déterminée par une discussion, par une contrariété, par une de ces futilités de la vie journalière qui impressionnent si vivement les hystériques. Le fait même d'éloigner la cause provocatrice, en la personne de la mère, du mari, de tout autre personnage de l'entourage habituel, aura immédiatement un résultat favorable. C'est de cette manière qu'agira ultérieurement l'isolement, s'il est nécessaire, pour prévenir le retour des paroxysmes.

Si l'attaque est de moyenne intensité, si l'interrogatoire des personnes présentes nous a appris que la malade a déjà été en proie à de semblables crises, et que jusqu'alors il n'en est rien résulté de particulièrement fâcheux, une intervention très active est inutile. Généralement, nous l'avons dit, une fois le calme fait, l'agitation tombe, la crise se juge par des larmes et tout est terminé.

Mais on se comportera différemment, on le comprend, si les convulsions sont assez fortes, assez violentes pour qu'on puisse craindre une chute du lit sur lequel a été placé le sujet, si la malade lacère ses vêtements ou se déchire le cou et la poitrine avec ses ongles dans les mouvements qu'elle fait pour arracher la boule qui l'oppresse.

Cependant il est toujours mauvais dans ces cas d'agir directement, c'est-à-dire de saisir ou faire saisir les poignets ou les chevilles pour modérer les mouvements désordonnés des membres ; on risquerait de produire des ecchymoses ou des excoriations. Le moyen de contention le plus simple, déjà usité à la Salpêtrière du temps de Georget, consiste à placer transversalement un drap plié en alèze au niveau de l'ombilic pour entraver les mouvements du bassin et du tronc ; un autre drap roulé dont les extrémités latérales seront attachées aux barreaux du lit que nous supposons en fer, maintiendra

les membres inférieurs au-dessus des genoux. De plus, entourez rapidement d'ouate les poignets et le bas des jambes, nouez-y deux tours de bande et fixez ces bandes de façon à limiter l'excursion des extrémités supérieures et inférieures.

L'attaque finie, faites disparaître aussi vite que possible les divers moyens de contention dont vous vous êtes servis ; leur vue pourrait impressionner désagréablement le sujet. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'un paroxysme d'une certaine intensité comprend d'ordinaire plusieurs attaques successives ; il ne faudrait donc pas s'exposer à avoir besoin d'appliquer à nouveau les entraves.

La violence des convulsions pouvant mettre, si l'on est mandé en pleine crise, un obstacle au placement des moyens de contention, on recherchera rapidement dans ces cas s'il n'existe pas une zone frénatrice, ovarienne, sous-mammaire, dorsale, etc., et l'on profitera de l'accalmie passagère produite par la compression pour agir comme nous venons de l'indiquer.

L'attaque terminée, on appliquera les règles du traitement prophylactique et curatif général que nous avons formulées.

On le voit, nos efforts ont seulement tendu à mettre le sujet dans la meilleure posture pour que l'attaque suivît son cours et se terminât le plus rapidement possible, avec le moins de dommages. On pourrait se demander s'il n'eût pas été plus simple et de beaucoup préférable de couper immédiatement court à l'accès en entravant son évolution. D'une façon générale, nous le répétons, si nous avons pu nous former cette opinion que nous nous trouvons en présence d'une crise dont les convulsions en elles-mêmes sont le principal sinon le seul élément de gravité, nous croyons qu'il n'y a aucun intérêt immédiat à « couper » l'attaque. Outre que cela n'est pas toujours facile, il est d'observation courante qu'on ne gagne ordinairement rien à faire cesser un paroxysme *déjà commencé*. Les malades ont souvent alors dans la même journée ou de nouvelles attaques, ou des *équivalents psychiques* de l'attaque sous forme d'hallucinations, d'agitation, de délire, tandis que lorsque l'accès a complètement évolué, la plupart deviennent calmes

et se sentent réellement soulagés. Bien plutôt, faudra-t-il s'attacher à prévenir le retour d'un nouveau paroxysme, par un traitement prophylactique et général bien entendu.

Il est cependant des circonstances où l'intervention s'impose de toute nécessité. C'est ainsi qu'il faut agir immédiatement dans les attaques dites de spasmes où la constriction glottique risque de déterminer des accidents asphyxiques souvent fort alarmants et pouvant dans certains cas, à la vérité exceptionnels, entraîner la mort. L'allure elle-même du paroxysme lèvera toute hésitation.

En second lieu, on peut avoir appris à l'avance ou apprendre de l'entourage que les convulsions en présence desquelles on se trouve ne sont que le prélude habituel d'un *état de mal* convulsif, délirant ou comateux susceptible de durer plusieurs jours si on n'y met ordre; ou bien encore que l'accès se termine ordinairement par des accidents sérieux : paralysies, contractures de divers ordres, mutisme, etc., dont on a tout intérêt à prévenir l'apparition. En un mot, on s'efforcera d'établir rapidement le bilan de gravité imputable à l'attaque en se basant et sur la forme paroxystique elle-même et sur ce fait clinique, corroboré par les renseignements obtenus, que le sujet coule presque toujours ses accès dans le même moule. L'indication générale sera alors de modifier cette forme paroxystique et de la diriger dans le sens le moins défavorable au malade.

Pour ce faire, des moyens de divers ordres sont à notre disposition : au sujet de leur application particulière, le médecin se guidera sur les circonstances inhérentes au cas soumis à son observation.

Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'une attaque de spasmes. Parmi les moyens physiques non médicamenteux à employer, la *compression d'une zone frénatrice* se présente d'abord à l'esprit. Si l'on sait qu'il existe une de ces zones, on la comprimera immédiatement ou l'on cherchera à en découvrir une, au niveau des points d'élection, pour la comprimer aussitôt. Pendant l'accalmie produite par la compression, on

parlera doucement au sujet, on tentera de modifier son état mental ; en pressant légèrement les globes oculaires, on essayera de l'*endormir*, c'est-à-dire de transformer sa crise convulsive en un état somnambulique calme. Puis au bout d'un certain temps, on cessera peu à peu la compression, se tenant prêt à intervenir à nouveau si l'accès ne s'était pas usé pour ainsi dire à la faveur de ces manœuvres. On pourrait à la rigueur, si les spasmes reparaissaient, établir une compression permanente à l'aide d'une ceinture et d'un tampon improvisés ou au moyen d'un appareil spécial qu'on n'enlèverait qu'assez longtemps après son application.

Mais il peut se faire — et il arrive assez souvent — que ces moyens restent inefficaces, qu'il n'existe pas ou qu'on ne découvre pas de zone frénatrice. On aura alors recours aux moyens médicamenteux. Et ici il ne saurait s'agir de potions opiacées ou bromurées, l'effet désiré ne se produirait pas assez vite. Il faudra donc employer d'autres procédés qu'on jugera devoir être plus rapidement efficaces.

Certains auteurs, Auguste Voisin en particulier, ont préconisé, pour enrayer les paroxysmes convulsifs, l'emploi des *injections sous-cutanées de morphine*. Ce moyen est mauvais. Les premières piqûres provoquent presque toujours des vomissements et partant n'influencent qu'insuffisamment l'attaque. Les piqûres subséquentes peuvent arrêter l'accès, mais comme elles n'empêchent pas son retour ultérieur, bien au contraire, on est obligé de recourir à des doses de plus en plus fortes. De ce fait, le malade devient morphinomane. Or, nous ne connaissons pas de sujets plus difficiles à démorphiniser que les hystériques. Nous le répétons, ce procédé de traitement doit être rejeté.

Il en est de même des *inhalations d'éther*. Elles peuvent faire cesser les spasmes ou les convulsions, mais presque toujours au prix d'un délire très actif qui prend fréquemment le caractère érotique. L'éther, très goûté des hystériques, de même que la morphine, est aussi à redouter que l'intoxication par l'alcaloïde de l'opium.

Pour notre part, dans les cas d'urgence où les moyens que nous avons indiqués ont échoué, nous n'hésitons pas à nous servir du *chloroforme* administré à doses fractionnées comme dans les accouchements. Il agit toujours activement et son emploi souvent désagréable ne risque pas de passer à l'état d'habitude. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs pour faire cesser les spasmes de rechercher l'anesthésie complète : il arrive toujours un moment où, sans que la connaissance soit complètement abolie, les convulsions ont disparu. On maintiendra le sujet, en tâtant sa susceptibilité, sous l'influence du médicament, interrompant son administration lorsqu'on le jugera opportun, notant ce qui se passera pour intervenir à nouveau si les convulsions reparaissent, ou cesser si l'on pense que l'accès est terminé. Il est bien rare qu'en agissant ainsi on n'obtienne pas un résultat satisfaisant. Mais nous y insistons, on n'agira de cette façon que si l'on juge véritablement qu'il peut provenir, du fait des spasmes, des accidents graves ou si l'on est menacé de voir un paroxysme passer à l'état prolongé ou état de mal.

Si l'on veut éviter le passage d'un paroxysme à sa forme d'état de mal qu'on sait pouvoir se continuer pendant plusieurs jours, le chloroforme est peut-être un moyen d'action par trop énergique, son emploi prolongé pouvant avoir des inconvénients. On aura alors recours de préférence aux procédés de *transformation* de l'attaque, la compression d'une zone frénatrice, l'hypnotisation en particulier.

Pour que l'*hypnotisation* soit réellement efficace, il est nécessaire, dans son application, de suivre certaines données dont l'expérience nous a appris à connaître les bons effets. Il va sans dire que le sujet doit être hypnotisable. Nous avons en 1887[1] tracé les règles de l'intervention dans de semblables cas.

Il faut s'y prendre à temps, disions-nous alors, aussitôt l'apparition des phénomènes prodromiques, car plus

1. Gilles de la Tourette. — L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal, 1re éd., 1887, p. 287, 2e éd., 1889.

l'attaque est proche, plus le sommeil devient difficile à obtenir. « Je ne peux dormir, je sens que je ne peux pas dormir », disent les malades les plus sensibles qu'un simple geste, que l'effleurement d'une zone hypnogène plongeaient un instant auparavant dans le sommeil le plus profond. Nous concluions aussi de nos recherches que l'état léthargique était le plus favorable quand on pouvait l'obtenir : le sommeil y est calme ; « les malades qu'on en tire après un certain temps se sentent parfaitement reposés. Après la léthargie vient le somnambulisme... » à condition qu'il s'agisse d'un somnambulisme tranquille, non agité, ne nécessitant pas une surveillance de tous les instants comme il arrive parfois.

Le sommeil obtenu, on n'hésitera pas à y laisser le sujet pendant sept ou huit heures, terme moyen qui nous a toujours semblé le plus efficace. Tout dépend du reste du moment de la journée où on endormira la malade. Si c'est le soir, en particulier, on n'éprouvera aucun scrupule à ne la réveiller que le lendemain matin et à lui laisser ainsi faire sa nuit. Le réveil n'est jamais difficile à obtenir : quelques insufflations un peu vives sur les yeux suffisent toujours, surtout lorsque le sommeil n'a pas dépassé les limites que nous venons d'indiquer.

L'hypnotisation employée de cette façon ne s'adresse directement qu'à l'accès imminent et l'annihile lorsqu'on n'a pas attendu trop longtemps après l'apparition des phénomènes prémonitoires. Mais peut-on à l'aide de l'hypnotisme, agir de telle façon que les accès ne reviennent plus ? Nous avons déjà répondu à cette question et montré qu'il ne fallait pas faire trop grand fonds sur les pratiques hypnotiques dans la prophylaxie des accidents hystériques, des attaques en particulier, les séances d'hypnotisation représentant elles-mêmes autant de paroxysmes à forme léthargique ou somnambulique susceptibles de revenir spontanément si on les a provoqués d'une façon trop suivie. Les autres moyens thérapeutiques étudiés au chapitre du traitement général nous semblent de beaucoup préférables pour éviter le retour de certains paroxysmes à forme redoutable ou prolongée.

En résumé, ce qu'il faut surtout, c'est surveiller la crise d'hystérie dont on n'a pu éviter l'explosion ; cela vaut beaucoup mieux que d'essayer de la faire avorter. On tentera de modifier sa forme si elle est d'emblée sérieuse (attaque de spasmes) ou si la connaissance du passé pathologique du sujet nous a appris que l'attaque actuelle n'était que le prélude d'un état de mal susceptible de durer plusieurs jours. Il faut aussi surveiller la *fin de la crise*, car c'est à ce moment qu'apparaissent bien souvent les paralysies et les contractures dont nous allons bientôt nous occuper.

Enfin, si l'on se trouve en présence d'états de mal — convulsifs, délirants ou comateux — constitués, c'est-à-dire durant déjà depuis plusieurs jours, c'est encore à la méthode de transformation qu'il faudra s'adresser. Appelés près d'un léthargique, nous irons à la recherche d'une zone frénatrice : c'est le meilleur moyen que nous possédions pour faire sortir le malade de son sommeil pathologique. Il est même curieux de voir un sujet plongé depuis plusieurs jours dans un coma profond, ouvrir soudainement les yeux sous l'influence d'une pression en apparence banale et se mettre à converser raisonnablement. Souvent aussi, il retombe dans le sommeil si on cesse la compression. D'ailleurs, si on la maintient, il n'est pas rare également de voir l'action frénogène s'épuiser rapidement et le malade devenir de nouveau comateux. Il serait bien préférable alors de rechercher s'il n'existe pas quelque part une zone qui détermine l'apparition de phénomènes convulsifs. L'état de mal de sommeil se termine souvent en effet par des convulsions et ce ne serait pas payer trop cher le retour à l'état normal que de l'acheter au prix d'une attaque ordinaire. Il va sans dire que si l'état de mal se prolongeait, on ne devrait pas manquer d'essayer par tous les moyens de nourrir le malade, de manière à parer à la dénutrition qui se montre toujours en de pareils cas.

De même on cherchera à transformer un *état de mal délirant* en une simple attaque convulsive s'il existe une zone spasmogène, mais il faut ajouter que cette forme paroxystique est

bien souvent rebelle aux moyens thérapeutiques que nous avons indiqués. On pourra aussi essayer d'entrer pour ainsi dire dans le délire du sujet par divers moyens appropriés : suggestion par l'ouïe, par la vue en particulier, afin de guider le délire dans un sens favorable ; mais fréquemment encore ces tentatives resteront infructueuses. Il n'est pas besoin d'ajouter que dans ces cas, l'isolement absolu s'imposera.

A côté des états de mal délirants, plaçons les accès d'*automatisme hystérique ambulatoire* qui seront rarement reconnus au cours de leur évolution. Il en sera parfois de même des *états seconds*, pendant lesquels, plus encore que dans l'état premier correspondant, le sujet semble être dans une période de vie normale. Ces malades, délirants ou autres, qui se trouvent en réalité en état somnambulique, sont quelquefois influençables et c'est cette influence qu'on devra mettre en œuvre pour les diriger vers l'état normal. En résumé, c'est à la cause provocatrice de ces phénomènes qu'on devra surtout s'attaquer et cela dans l'intervalle des périodes paroxystiques.

B. — TRAITEMENT DE L'HYPERESTHÉSIE.

Les zones spasmogènes ou frénatrices dont nous venons de parler nécessitent souvent elles-mêmes l'intervention de la thérapeutique lorsqu'elles sont le siège de phénomènes hyperesthésiques ou douloureux, revêtant un caractère continu ou paroxystique. Telles sont les manifestations décrites sous le nom de pseudo-angine de poitrine, de clou hystérique et de pseudo-méningite; certaines zones hyperesthésiques de la colonne vertébrale produisant une violente rachialgie ; les zones cutanées de la région épigastrique, hépatique ou rénale, du territoire ovarien, et celles, beaucoup plus difficiles à atteindre, qui siègent au niveau de l'ovaire lui-même ou de l'utérus, sans excepter les hyperesthésies vaginale ou rectale, même vésicale, productrices de ténesme ou de contracture *in situ*.

Il serait bien désirable de posséder un procédé de traitement local applicable à ce groupe morbide dont les expressions symp-

tomatiques sont, à la vérité, dissemblables, mais qui, néanmoins, se compose d'éléments qu'un lien commun, l'hyperesthésie avec ses conséquences locales et générales, et ses tendances paroxystiques, réunit entre eux. Malheureusement nos moyens d'action sont limités et rendus souvent inefficaces par ce fait que si la douleur localisée domine la scène, elle n'est, en somme, qu'une manifestation extérieure de l'état psychique du sujet.

Néanmoins, sans perdre de vue l'état mental, sur lequel on s'efforcera toujours d'agir, on essayera soit de faire disparaître la zone, soit de la déplacer si on ne peut la supprimer.

On avait fondé de grandes espérances sur l'emploi des *aimants*. C'est ainsi qu'en plaçant un barreau aimanté près de la région ovarienne droite, par exemple, siège d'une zone hyperesthésique-hystérogène, on noterait, dans certains cas, au bout d'un temps qui varie de quelques minutes à plusieurs heures, le *transfert* de la zone et des troubles de la sensibilité cutanée, presque toujours concomitants, du côté opposé. Plaçant alors l'aimant à gauche, puis revenant à droite, on observerait des *oscillations* dans les phénomènes morbides, à chaque passage l'hyperesthésie allant s'atténuant pour disparaître en fin de compte.

Cette pratique née de la métallothérapie externe de Burq apparaît malheureusement aujourd'hui comme d'essence essentiellement suggestive et les résultats qu'elle donne sont tout à fait infidèles. On pourra y avoir recours, mais dans un tel domaine il est impossible de formuler des règles précises, l'état mental, variable d'un sujet à l'autre, étant la seule base de l'opportunité et aussi de l'efficacité de ces procédés thérapeutiques purement empiriques.

Briquet employait les *courants faradiques* dans les hyperesthésies cutanées, mais l'application du pinceau devra être faite d'une main très légère, avec une grande prudence, car en insistant outre mesure on risquerait fort de produire l'exaltation de ces zones qui, d'hyperesthésiques, deviendraient rapidement hystérogènes.

Le moyen de choix dans tous ces cas nous paraît être l'*électricité statique*, le bain statique général sans applications localisées, au moins lors des premières séances. Au bout d'un certain temps, après avoir tâté la susceptibilité du sujet, il sera permis d'intervenir localement par la pointe tenue à distance pour en arriver aux frictions à la boule, la machine étant à mi-course. Mais toujours, nous le répétons, on aura intérêt à ne rien brusquer. On s'armera de patience, car rien n'est plus tenace et difficile à faire disparaître que ces phénomènes d'hystérie locale, que ces plaques d'hyperesthésie qu'on note si souvent superposées aux contractures, à la coxalgie, en particulier, qu'elles paraissent tenir sous leur dépendance, jouant par rapport aux déterminations musculaires bien plutôt le rôle de cause que celui d'effet.

Si l'on ne possède pas d'installation statique, si les courants faradiques échouent ou sont mal tolérés, on essayera de la *réfrigération locale* : *pulvérisations d'éther*, applications de *glace* pilée, qui donneront parfois de bons résultats, surtout si les zones douloureuses (clou hystérique, zone précordiale, rachialgie) sont très localisées et d'un accès facile. Bien entendu, en toute circonstance, le traitement général ne devra pas être négligé.

C. — TRAITEMENT DE L'ANESTHÉSIE.

Il est des cas plus fréquents qu'on le croit peut-être où l'anesthésie tient la place qu'occupe habituellement l'hyperesthésie. C'est ainsi, par exemple, que certaines zones de la région abdominale, ovariennes en particulier, douloureuses à la pression, ou mieux qui sont le siège d'élancements spontanés à forme névralgique, occupent un territoire anesthésique, ou se limitent par des régions anesthésiques, au milieu d'un territoire qui a conservé sa sensibilité. Tout insensibles qu'elles soient, on devra leur appliquer à elles-mêmes et aux symptômes qu'elles déterminent, et qui ne diffèrent pas considérablement de ceux que nous venons de signaler dans le pré-

cédent paragraphe, le même traitement qu'aux zones hyperesthésiques, car à l'instar de ces dernières, elles sont généralement excitables.

Dans un ordre d'idées un peu différent, ces zones se rencontrent à la région épigastrique, au cours de l'anorexie hystérique, par exemple, ou, comme nous l'avons montré, se superposent exactement au blépharospasme, à certaines contractures limitées de la langue, des muscles de la face et du cou.

A l'inverse des précédentes, ces dernières zones ne sont que très rarement excitables, c'est-à-dire hystérogènes. Le traitement par l'électricité faradique appliquée *in situ* est ici la meilleure méthode, celle qui s'applique, d'ailleurs, à toutes les anesthésies, même généralisées, suivant la technique que nous avons déjà exposée.

Ces anesthésies localisées, de même que l'hémianesthésie, par exemple, veulent être recherchées, car, à l'encontre des hyperesthésies, elles sont rarement le siège de phénomènes subjectifs douloureux et passent de ce fait fréquemment inaperçues du malade. Le médecin ne devra pas oublier toutefois que le meilleur moyen de faire disparaître un blépharospasme, en particulier, consiste à s'attaquer à l'anesthésie qui lui est superposée. Mais lorsque ces zones affectent certains sièges, lorsqu'elles se localisent en particulier sur les appareils sensoriels, elles peuvent entraîner avec elles des perturbations fonctionnelles fort gênantes parmi lesquelles il faut faire une place spéciale à l'*amaurose* et à la *surdité* hystérique.

L'expérience ayant montré qu'on rétablissait le plus souvent la fonction sensorielle en provoquant le retour de la sensibilité générale presque toujours parallèlement abolie ou diminuée, c'est donc contre l'anesthésie locale qu'on devra encore une fois diriger ses efforts. A l'exemple de Duchenne, de Boulogne, on se servira du *courant faradique* et l'on promènera les électrodes sur les divers points du contour de l'orbite, de telle sorte que l'une des éponges soit placée sur son rebord supérieur et l'autre sur son rebord inférieur. On fera passer le courant pendant cinq à six minutes, en ayant soin de modérer

son intensité, car les malades pourraient en souffrir. En dehors de l'amaurose on aura encore recours à ce mode de traitement lorsque le rétrécissement concentrique du champ visuel sera assez accentué pour gêner le malade, dans le blépharospasme avec anesthésie dont nous avons déjà parlé et dans les contractures des muscles intrinsèques des globes oculaires.

La *surdité hystérique* avec anesthésie du pavillon de l'oreille est justiciable d'un traitement analogue. A la faradisation des tissus périauriculaires, on joindra celle du conduit auditif externe, lorsqu'il sera nécessaire, en remplissant d'eau tiède ce conduit dans lequel on introduira une tige métallique représentant le pôle positif. On ne manquera pas, en même temps, d'essayer la rééducation de l'ouïe à l'aide de divers exercices : écouter le tic tac d'une montre à une distance progressivement croissante, écouter et répéter une lecture faite à voix basse puis à haute voix.

Ce mode de traitement psychique, combiné ou non à la faradisation, est également applicable, on le comprend, à la cure des troubles de la sensibilité générale et spéciale des autres muqueuses sensorielles, du goût, de l'odorat, par exemple.

Sans quitter les muqueuses, nous dirons que c'est encore la faradisation locale qu'on mettra en œuvre dans le vaginisme lié à l'anesthésie de la muqueuse vulvo-vaginale ; malheureusement c'est bien plus souvent l'hyperesthésie qu'on rencontre. On l'emploiera aussi dans les cas d'incontinence en rapport avec l'anesthésie de la région sphinctérienne du col vésical ; il va sans dire qu'on se servira d'un dispositif approprié.

De même, dans l'*aphonie* où, bien plus souvent que dans le *mutisme*, phénomène d'origine purement centrale, il existe une plaque d'anesthésie recouvrant la région laryngée. Briquet est intervenu avec succès de cette façon dans plusieurs cas de *toux hystérique*.

D. — TRAITEMENT DES CONTRACTURES.

Les troubles de sensibilité dont nous venons de parler nous conduisent à exposer le traitement des contractures et des

paralysies hystériques auxquelles, fréquemment, ils se superposent. Dans la cure de ces manifestations, on devra toujours avoir présent à l'esprit qu'il faut intervenir rapidement, si l'on veut arriver à se rendre maître d'accidents dont la ténacité est d'autant plus grande qu'ils durent depuis plus longtemps, ce que Charcot exprimait par cet adage qui lui était familier : « Il ne faut pas laisser traîner les contractures. » C'est ainsi que ces dernières, de même d'ailleurs que les paralysies, succédant très fréquemment aux paroxysmes convulsifs, ou aux états de mal, il faudra surveiller la terminaison des attaques et se tenir prêt à agir de la façon que nous allons indiquer.

Les malades de la Salpêtrière connaissent bien la valeur de cette intervention rapide. Si l'une d'elles, à la suite d'une crise d'un traumatisme quelconque, est prise de contracture, vite des voisines accourent et si l'avant-bras est contracturé en flexion par exemple, elles s'empressent de malaxer les muscles de la région postérieure du segment atteint et la contracture ne tarde pas à céder. Ce faisant, elles agissent logiquement, car si la contracture s'est produite, c'est que la diathèse du même nom était momentanément exaltée chez le sujet ; or, en intervenant aussitôt sur les muscles antagonistes, on déterminera également une contracture, cette fois en extension, qui contre-balancera celle qui existe. Quelques frictions indifférentes permettront de rétablir rapidement un équilibre d'ailleurs fort instable.

Voilà le principe clinique et thérapeutique à appliquer à toutes les contractures, la malaxation des antagonistes, mais sa mise en œuvre, pour être fructueuse, nécessite deux conditions : une intervention rapide, nous l'avons dit, à laquelle doit s'ajouter la possibilité même d'une action sur les antagonistes. Or, ces deux conditions ne sont pas toujours réalisées ou réalisables.

Pour intervenir rapidement dès le début de la manifestation, il faut que la contracture elle-même se soit produite d'une façon relativement brusque et, de ce fait, ait attiré par l'ensemble symptomatique qui la révèle l'attention du sujet

ou celle de son entourage. Or, il n'en est pas toujours ainsi, loin de là, en particulier pour les contractures des muscles du tronc et de la racine du membre inférieur, dans la coxalgie, par exemple, qui constitue une manifestation si tenace de la névrose. Le plus souvent, peut-être, ces manifestations s'établissent insidieusement, et c'est à des contractures constituées pour ainsi dire qu'on aura affaire dans la majorité des cas, vieilles déjà de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, ce qui rendra toujours leur thérapeutique curative singulièrement difficile. De plus, étant donnée la situation même des muscles, des psoas iliaques par exemple, ou des divers agents de la musculature vertébrale, comment agir avec certitude sur les antagonistes ? Les règles de l'intervention particulière que nous venons de tracer seront donc très difficilement applicables dans ces cas. Il en sera de même en réalité, lorsque la contracture d'un membre, par exemple, qu'il s'agit de traiter, existera déjà depuis longtemps.

Quelque siège donc qu'occupe la contracture constituée, on se rendra d'abord un compte exact de l'état local de la sensibilité. On agira alors à l'aide de l'*électricité* appliquée avec discernement, que le courant soit faradique (anesthésie) ou galvanique (hyperesthésie). On joindra le *massage* aux pratiques électriques, surtout le massage superficiel et léger, l'*effleurage*, qui possède lui aussi une action esthésiogène très marquée.

Si le sujet est hypnotisable, on essayera de rompre la contracture pendant l'état léthargique ou de suggérer, en état somnambulique, sa disparition au réveil.

Tous ces procédés de traitement employés seuls ou combinés les uns avec les autres, comptent des succès à leur actif. Mais combien de fois aussi ne resteront-ils pas infructueux jusqu'au jour où un incident inopiné, une émotion morale viendront d'eux-mêmes résoudre une contracture sur laquelle on épuisait depuis plusieurs mois ses efforts?

Au nombre de ces incidents se placent les attaques qui bouleversent si profondément le terrain hystérique : elles peuvent faire disparaître les contractures avec la même facilité

qu'elles les ont causées, et dans ces cas tenaces, on ne devrait pas hésiter à en provoquer, si possible, l'apparition. Malheureusement, les contractures les plus persistantes appartiennent souvent à l'hystérie non convulsive. Il deviendra alors nécessaire de recourir au sommeil chloroformique qui a l'avantage, pour la coxalgie en particulier, de préciser le diagnostic. L'exploration sous le *chloroforme* permet en outre, dans les contractures les plus franchement hystériques, de reconnaître s'il n'existe pas des adhérences ou des rétractions fibro-tendineuses, avec sclérose des tissus péri-articulaires qui, l'élément spasmodique une fois disparu, fixeraient le membre en situation défectueuse et cette fois permanente. Dans les cas où l'on constaterait une tendance à la formation de ces adhérences, il ne faudrait pas hésiter à profiter du relâchement musculaire qui se produit pendant le sommeil chloroformique pour rompre celles qui pourraient exister. On placerait ensuite le membre dans un appareil inamovible, le maintenant en extension par exemple, si la contracture affectait le type de flexion.

Mais en l'absence d'ailleurs habituelle de troubles trophiques, doit-on profiter de la résolution musculaire pour fixer à l'aide d'un appareil approprié le membre en situation normale? Ce procédé de traitement a été préconisé : il semble au premier abord qu'on ait tout intérêt à l'employer. Cependant l'expérience — celle de Charcot en particulier — a depuis longtemps démontré que cette thérapeutique était défectueuse. En effet, en agissant ainsi, non seulement on immobilise *physiquement* un membre toujours contracturé, car le fait de le placer en position différente ne détruit pas l'élément spasmodique, mais encore on risque de fixer *psychiquement* la contracture. On devra donc, après la narcose, laisser le membre reprendre sa position anormale et non le fixer, l'immobiliser dans une autre situation par un appareil. A la longue, les contractures rebelles s'épuisent peu à peu d'elles-mêmes, ce qui est un procédé de guérison quand elles ne se résolvent pas subitement en pleine activité. Or, en immobilisant le membre dans une nouvelle situation, c'est

pour ainsi dire une nouvelle contracture qu'on produit et celle-ci, à son tour, évoluera dans un cycle qui pour la première pouvait être sur le point de se terminer.

E. — TRAITEMENT DES PARALYSIES.

Le traitement des paralysies hystériques, dont les formes sont si variées, ne diffère pas dans ses grandes lignes de celui des contractures ; cependant diverses considérations particulières sont applicables à la cure de ces manifestations. Là encore, on interviendra le plus rapidement qu'il sera possible de façon à ne pas laisser la paralysie s'installer pour ainsi dire à l'état permanent dans l'esprit du sujet. Mais il ne saurait plus être question de la malaxation des antagonistes, les muscles paralysés ne répondant pas à la pression comme dans les déterminations de la diathèse spasmodique.

Envisageons quelques cas particuliers, les monoplégies brachiales par exemple, si fréquentes chez l'homme à la suite des traumatismes, et disons-le immédiatement, si tenaces d'ordinaire. Bien entendu, le premier soin sera de remonter à la cause, de façon à y puiser des indications thérapeutiques. Mais on ne manquera pas surtout de noter exactement s'il existe des troubles de sensibilité, car c'est contre eux qu'il faudra spécialement agir, suivant le principe général que nous avons posé.

On interviendra alors immédiatement par les *courants faradiques*, l'étincelle dans le bain statique ; les séances seront quotidiennes et prolongées, et à l'électrisation on joindra le *massage* par effleurement qui, lui aussi, nous le savons, est un excellent modificateur de la sensibilité cutanée. En même temps, on fera exécuter passivement au membre paralysé les divers mouvements physiologiques à plusieurs reprises. Et ce faisant on mettra en œuvre les ressources du *traitement psychique*, car on réveillera par les mouvements communiqués les images motrices qui semblent faire défaut chez le sujet.

Si l'impuissance motrice est complète, on pourra procéder de la façon suivante : Le bras droit étant paralysé par exemple on placera la main droite à plat près de la main gauche saine ; puis on commandera au sujet de mouvoir lentement le pouce *gauche* pendant qu'il fixe et son attention et son regard sur le pouce *droit* paralysé. Avec un peu de persévérance, on verra, au bout d'un certain temps toujours variable d'ailleurs, reparaître les mouvements, dans le pouce d'abord, puis dans les autres doigts, et enfin dans le membre droit tout entier. En combinant ces moyens psychiques avec les excitations physiques, on obtiendra presque toujours d'excellents résultats.

La persistance ou la disparition des troubles de sensibilité qui se superposent presque constamment aux paralysies, seront notre meilleur guide dans l'appréciation de la durée exacte du traitement. Si les mouvements ont reparu, et si parallèlement l'anesthésie s'en est allée, la guérison est complète ; mais si l'anesthésie persiste alors même que le membre semble avoir récupéré ses fonctions motrices, c'est un fait d'expérience que la paralysie ne doit pas être considérée comme guérie ; il faudra lutter jusqu'à la disparition de l'anesthésie. Il est certain, en effet, que chez les individus sujets aux monoplégies récidivantes, dans les intervalles des périodes paralytiques la peau du membre reste toujours hypoesthésique, sinon complètement insensible.

Les procédés de traitement que nous venons de décrire ne trouvent pas leur emploi dans les seules monoplégies, ils sont applicables dans leurs grandes lignes à toutes les paralysies, en tenant compte, bien entendu, et de la localisation du trouble moteur, et des conditions particulières à chaque cas. Si la paralysie est de date un peu ancienne, quel que soit le procédé thérapeutique employé, il sera bon de recourir, de même que pour les contractures, à l'*isolement* dans un établissement hydrothérapique.

Si ces moyens échouent, on pourra se servir de l'*hypnotisation* lorsque le sujet est hypnotisable. Souvent alors on obtient que les malades marchent pendant qu'ils sont en

état somnambulique par exemple, mais souvent aussi la paralysie revient au réveil. En insistant un peu dans ces cas particuliers, où le sujet est en somme favorablement impressionné, on détermine généralement la guérison, c'est-à-dire la réalisation de la suggestion à l'état de veille. Mais le traitement est fréquemment de longue durée, et il faut prendre garde aux dangers inhérents aux hypnotisations répétées.

Si la paralysie était rebelle et qu'il existât une zone hystérogène, on aurait tout intérêt à provoquer une *attaque* qui pourrait à elle seule déterminer la guérison. C'est ce moyen que la névrose emploie spontanément elle-même dans nombre de cas pour faire disparaître les accidents paralytiques qu'elle a occasionnés.

Restent enfin les divers procédés de la médecine dite d'imagination sur lesquels nous croyons inutile d'insister à nouveau.

F. — TRAITEMENT DES TROUBLES TROPHIQUES.

Concurremment avec les paralysies et les contractures il se produit parfois du côté de la peau et des tissus sous-jacents des troubles trophiques variés qui nécessiteront un traitement particulier. Certains d'entre eux peuvent être indépendants des fonctions motrices; nous en parlerons néanmoins ici afin d'éviter des redites.

1° Dans un premier groupe se placent les diverses *éruptions cutanées* : pemphigus, herpès, eczéma, les eschares et les lésions gangreneuses de la peau, tous phénomènes évoluant le plus souvent à l'état isolé, indépendamment des paralysies ou des contractures, sans préjudice toutefois des altérations de la sensibilité qui font encore ici bien rarement défaut. Il faudra intervenir concurremment avec le traitement général par des applications localisées dont l'électricité sous toutes ses formes fera en somme les plus grands frais.

2° Un des plus communs parmi ces troubles trophiques n'est autre que l'*œdème bleu*, qui se superpose souvent soit à la contracture soit à la paralysie. Son traitement ne diffère pas de

celui de ces dernières; le pinceau faradique sera employé tous les jours et d'une façon prolongée. Il faudra bien se garder d'appliquer un bandage compressif qui au lieu de réduire l'œdème ne ferait certainement que l'augmenter.

3° De même en ce qui regarde l'*atrophie musculaire*. Ici on pourrait penser à appliquer les courants galvaniques, mais il faut bien savoir qu'à part un cas douteux qui nous appartient on n'a jamais constaté de réaction de dégénérescence. La lésion ne siège en réalité ni dans les muscles, ni dans les nerfs; c'est donc encore à la sensibilité périphérique presque toujours troublée qu'il faudra s'attaquer pour modifier le système nerveux central, sans négliger toutefois d'agir par le pinceau faradique, servant à deux fins, sur les fibres musculaires qui auront été touchées par le processus atrophique.

4° Au cours des paralysies et des contractures hystériques abandonnées à elles-mêmes ou longtemps prolongées il se produit parfois des adhérences fibreuses péri-articulaires ou des rétractions tendineuses, qui alors que l'élément paralytique ou spasmodique a disparu mettent obstacle aux fonctions du membre. Le meilleur moyen d'éviter l'apparition de ces troubles trophiques, qui ne diffèrent pas en somme de ceux qu'on observe chaque fois qu'un membre est longtemps immobilisé en situation vicieuse, est de recourir de temps en temps, nous l'avons dit, à l'exploration sous le chloroforme, au moins en ce qui regarde les contractures. Pour les paralysies, celles des membres inférieurs en particulier, il suffira d'éviter à l'aide d'un cerceau le poids des couvertures qui maintient les pieds en équin direct, de les placer en bonne position pendant la nuit dans une gouttière amovible. Si les adhérences ou les rétractions tendineuses étaient déjà formées au moment de l'examen on interviendrait chirurgicalement par des sections appropriées suivies de l'application d'un appareil plâtré qu'on enlèverait au bout de dix-huit à vingt jours. A moins que les rétractions ne soient très accentuées il faudra autant que possible, pour ce qui est des contractures, attendre que l'élément spasmodique soit en voie de disparition, l'écart entre le bout supérieur du

tendon d'Achille par exemple et son bout inférieur pouvant être après section dans ces cas trop considérable pour permettre la soudure. Au moins faudra-t-il n'effectuer le redressement du pied que progressivement, à l'aide de deux ou trois appareils renouvelés à intervalle de huit jours.

G. — TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE VISCÉRALE.

Il nous reste maintenant à envisager les accidents ressortissant plus particulièrement à l'*hystérie viscérale.*

Parmi les manifestations portant sur l'appareil phonateur ou respiratoire nous éliminons le mutisme et l'aphonie dont nous avons déjà parlé ; les attaques de spasmes, de dyspnée, voire même de fausse angine de poitrine qui sont justiciables de la faradisation localisée à la région laryngée et thoracique antérieure et de la médication à opposer aux paroxysmes.

1° Hémorragies.

Restent les hémoptysies hystériques, détermination toujours effrayante de la névrose. Or il est certain que dans la très grande majorité des cas, ces hémorragies font elles aussi partie d'un ensemble paroxystique dont par conséquent il faudra s'efforcer d'éviter le retour par les moyens appropriés. Il n'y a donc réellement pas de traitement spécial à opposer aux crachements de sang, pas plus du reste qu'aux autres hémorragies liées à l'hystérie : métrorragies toujours rares, écoulements sanguins de la peau et des muqueuses, des viscères ou des organes des sens. Aucune d'elles ne présente d'ailleurs de gravité, excepté les hématémèses qui, par divers mécanismes, peuvent favoriser l'apparition de l'ulcère rond de l'estomac. Notre pratique constante, dans ce dernier cas, est, tout en traitant l'état paroxystique pour éviter le retour des vomissements de sang, de mettre immédiatement le malade au *régime lacté* comme s'il existait réellement un ulcère, afin d'empêcher la perforation de se produire. Naturellement on n'appliquera pas ce

régime dans toute sa rigueur à l'occasion, par exemple, d'une première hématémèse survenue pendant un paroxysme, mais on devrait y recourir sans hésitation si les hémorragies avaient de la tendance à récidiver.

2° Troubles digestifs.

Les vomissements de sang nous conduisent tout naturellement à parler des autres manifestations qui affectent le tube digestif et dont plusieurs sont de haute importance au point de vue thérapeutique, puisque l'*anorexie* qui en est l'aboutissant ordinaire est une des causes les mieux établies de mort dans la névrose.

Nous laisserons de côté la *sialorrhée* qu'on modifiera parfois en électrisant la muqueuse buccale, pour en arriver immédiatement aux spasmes de l'œsophage souvent liés à la présence d'une zone hyperesthésique ou hystérogène entraînant la contracture de ce conduit musculeux. L'*électrisation* soit interne à l'aide d'une sonde appropriée, soit externe au niveau des téguments du cou, sera préconisée. Il ne faut pas oublier toutefois que ce sont là des accidents souvent tenaces.

Mais le médecin sera surtout consulté pour les troubles gastriques proprement dits évoluant sous forme de vomissements, ou d'anorexie tant primitive que secondaire aux mêmes vomissements ou au spasme déjà cité du conduit œsophagien.

Bien que dans tous ces cas le traitement que nous allons exposer soit sensiblement le même, il ne s'ensuit pas qu'au point de vue thérapeutique on doive se désintéresser de la précision dans le diagnostic. L'examen approfondi du malade fournira fréquemment de précieuses indications.

C'est ainsi par exemple qu'on ne devra jamais manquer de rechercher s'il existe sur la peau de la région épigastrique ces zones limitées d'anesthésie ou d'hyperesthésie que nous avons montrées avec M. Sollier en rapport constant avec la perturbation des fonctions stomacales. Qu'on intervienne par l'*électrisation statique*, par les *applications locales de glace* ou les *pulvérisations d'éther* lorsque les zones sont hyperesthésiques,

ou par les courants faradiques ou galvaniques en cas d'anesthésie, il n'est pas moins certain qu'on devra s'efforcer par tous les moyens possibles de rendre à l'estomac sa sensibilité s'il est anesthésique ou de le ramener au calme s'il est hyperesthésique. Ce côté du traitement ne devra donc jamais être négligé.

L'autre partie du traitement est purement psychique. Elle réclame, lorsque les vomissements et l'anorexie ont une tendance tant soit peu marquée à la ténacité, l'application immédiate de l'*isolement* qui seul permet en réalité d'exercer une influence favorable sur des malades qui sont exposés à mourir de faim.

Les déterminations gastriques de l'hystérie sont certainement susceptibles de guérir dans le milieu familial, mais on doit aussi poser en principe thérapeutique qu'elles y poursuivront dans la grande majorité des cas leur cycle complet, dont l'aboutissant peut être la mort. L'isolement seul nous paraît capable d'entraver leur évolution. Quand on a vu, comme cela nous est arrivé maintes fois, des jeunes filles atteintes d'anorexie primitive ou secondaire ayant perdu 15 kilos de leur poids, vomissant tout, ou mieux refusant d'ingurgiter quoi que ce soit, prendre le jour de leur entrée dans un établissement hydrothérapique un repas complet, regagner en un mois les 15 kilos perdus, et cela sous la seule influence d'un isolement bien compris, on devient un adepte fervent de cette méthode de traitement préconisée par Charcot. L'isolement s'impose donc dans le traitement des manifestations tant soit peu tenaces de l'hystérie gastrique, en le combinant avec divers procédés de la thérapeutique générale, locale ou médicamenteuse.

Combien de temps doit-il durer? Pour lui faire prendre fin il faut que toute tendance anorexique, que les vomissements aient complètement disparu, « que l'état mental de la malade, très atteint, en réalité, soit suffisamment rééquilibré, dit Sollier, pour qu'elle puisse reprendre la vie ordinaire, et que rentrant chez elle elle ne soit pas obligée de mener une existence à part, entourée de trop de sollicitude et de soins et de prévenances exagérées, qu'elle n'ait plus besoin, en somme,

d'être traitée en malade ni même en convalescente, mais en personne absolument normale ».

La névrose manifeste beaucoup plus rarement son action sur l'*intestin* que sur l'estomac. Le traitement général devra surtout être appliqué contre la diarrhée et la constipation d'origine hystérique, cette dernière étant toujours difficile à vaincre surtout chez la femme.

La *tympanite gastro-intestinale* est surtout l'accident contre lequel on aura à intervenir. Presque toujours l'isolement sera nécessaire contre cette manifestation à laquelle on opposera plus particulièrement les *chloroformisations répétées* et l'électrisation des parois abdominales. Il est bien entendu qu'on ne manquera pas de s'inspirer des conditions particulières, étiologiques ou autres, inhérentes au cas à traiter, et de l'état mental du sujet.

Quant aux douleurs abdominales à forme névralgique nées le plus souvent sous l'influence de l'exaltation d'une zone hystérique ou hystérogène de la région ovarienne, elles affectent fréquemment une allure paroxystique qu'il faudra s'efforcer de combattre. C'est dans ces cas, surtout si l'on prescrit l'*hydrothérapie*, qu'on devra s'attacher, sous peine de déterminer une attaque, à éviter de percuter avec le jet la région où siège la zone. L'*électrisation statique* avec vent électrique ou frictions légères avec la boule de bois *loco dolenti* nous a donné de bons résultats.

Mais il faut savoir aussi que bien souvent le traitement le mieux dirigé échouera contre ces manifestations qui peuvent compter parmi les plus rebelles de la névrose. Rebelles, elles le sont parce qu'elles se montrent surtout chez des adultes, chez des femmes déjà avancées en âge, sur lesquelles le médecin sait qu'en général il n'a aucune prise, qu'il ne possède aucune autorité. Si elles acceptent l'isolement, elles entendent une fois isolées n'en faire qu'à leur guise, et si on veut les astreindre à une règle tant soit peu sévère, quittent l'établissement et consultent un autre médecin.

Ce sont ces malades indisciplinées qui, par contre, acceptent

sans mot dire, une opération qui ne les oblige à aucun effort psychique. On leur dit que l'extirpation des ovaires suffira à enlever tout leur mal ; le moyen est trop simple pour qu'elles ne se soumettent pas à une intervention chirurgicale d'où elles ne retireront d'ailleurs, pour tout bénéfice moral et physique, qu'un plus grand déséquilibre mental et la stérilité.

V

Traitement de l'hystéro-traumatisme.

Nous voudrions en terminant dire quelques mots du traitement à opposer aux manifestations ressortissant à l'*hystéro-traumatisme* ou mieux à l'hystéro-neurasthénie traumatique, la neurasthénie s'associant très fréquemment dans la circonstance à la névrose. Nous n'oublierons pas que ces manifestations d'ordres variés affectant particulièrement les hommes, se rapprochent de très près de celles qu'on observe chez certains ouvriers hystériques soumis à des intoxications de diverses natures : plomb, mercure, sulfure de carbone, etc.

Pour exposer la thérapeutique de l'hystéro-neurasthénie traumatique prenons un exemple. Lors d'une collision de chemin de fer il se produit chez les personnes enfermées dans un même wagon des traumatismes de siège et d'intensité variables. Or, il est un fait digne de remarque que ce ne sont pas toujours les sujets les plus sévèrement touchés par le choc physique qui ultérieurement payeront à la névrose ou à son association avec la neurasthénie le plus lourd tribut. Le traumatisme pas plus que l'intoxication ne crée l'hystérie : il la provoque, la développe chez les individus héréditairement prédisposés, et les accidents attribuables à cette affection pourront parfaitement se rencontrer chez ceux qui n'auront subi d'autre dommage que le choc moral effet habituel des grandes catastrophes.

Ce n'est pas immédiatement d'ailleurs que se montrent les phénomènes nerveux : entre la collision et leur apparition

s'interpose souvent une période dite par Charcot de *méditation*, pendant laquelle il se fait chez le traumatisé une sorte de révolution morale, de bouleversement qui se traduit par l'ensemble physique et psychique de l'hystéro-neurasthénie.

Les plaies, s'il s'en était produit, sont depuis longtemps cicatrisées lorsque le sujet, chauffeur ou mécanicien par exemple, constate, s'il veut reprendre son service, que tout travail, toute application lui sont devenus impossibles. Son sommeil est agité : il est peuplé de rêves pendant lesquels la collision à laquelle il a assisté se représente à son esprit sous les couleurs les plus tristes. A l'état de veille son caractère s'assombrit, il est en proie à la céphalalgie, aux vertiges, et s'il ne survient pas quelque accident hystérique accentué : paralysie, contracture, crises convulsives, etc., l'examen attentif révélera presque dans tous les cas, avec les stigmates psychiques qui ne font jamais défaut, la présence d'anesthésies variées, sensitives ou sensorielles, d'un rétrécissement du champ visuel, d'une diminution considérable des forces, etc.

Aussi après des essais infructueux est-il souvent nécessaire à ces sujets de quitter à nouveau leur travail, de solliciter des compagnies ou des sociétés industrielles qui les employaient, un congé, une interruption dans les fonctions qu'ils ne sont plus aptes à remplir.

Cet état d'inaction bien plus que de repos est rarement favorable à ces individus pour des raisons qui se tirent surtout de leur état mental ordinaire. Ces ouvriers habitués depuis leur adolescence aux travaux physiques ne savent à quoi occuper leurs loisirs, et si dans l'oisiveté, leur cerveau travaille c'est dans le sens de la crainte, bien légitime d'ailleurs, de se voir privés désormais de la situation qui leur assurait, par un travail qu'ils se sentent désormais incapables d'effectuer, le pain de tous les jours. Leur état nerveux s'en aggrave de plus en plus, d'autant qu'à ces préoccupations s'ajoutent fréquemment des questions d'intérêt presque toujours litigieuses.

Nous n'irons pas plus avant dans cet ordre d'idées, ne

voulant pas discuter les questions médico-légales que soulèvent de semblables cas et désirant envisager l'hystéro-traumatisme au seul point de vue de la thérapeutique pratique à lui opposer.

Continuons donc à considérer le cas de ce chauffeur qui a été tamponné ; de cet ouvrier tombé d'un échafaudage qui s'est rompu sous ses pieds, auxquels la compagnie ou l'entrepreneur doivent les soins médicaux nécessaires pour les remettre en état de reprendre leur travail.

Le diagnostic d'hystérie ou d'hystéro-neurasthénie une fois bien établi, sans oublier de mettre en œuvre le traitement physique, en particulier contre certaines manifestations localisées de la névrose : paralysies, contractures ou autres, c'est surtout à l'élément psychique qu'il faudra s'adresser.

L'état mental en effet est toujours sévèrement touché dans ces cas et c'est contre ses perturbations que devront être dirigés nos efforts. Dans l'hypothèse d'une collision de chemin de fer on devra bien se garder de faire reprendre de longtemps à un mécanicien, par exemple, les fonctions au cours desquelles il a été traumatisé : elles lui rappelleraient avec trop d'intensité l'accident dont il a été victime. Pour de tels sujets qui ne sont pas rares, les compagnies de chemin de fer devront avoir à leur disposition, créeront s'il est nécessaire des postes d'attente pour ainsi dire, des emplois peu fatigants, ne nécessitant ni grand travail physique, ni de gros efforts intellectuels. Les traumatisés y seront placés le plus tôt possible après l'accident : mieux vaut cela que de les laisser dans l'oisiveté pour les raisons que nous avons exposées. De cette façon l'équilibre mental se rétablira et au bout d'un certain temps le traumatisé pourra reprendre ses anciennes fonctions dans lesquelles ses forces ne le trahiront plus. On le comprend, sans que nous ayons besoin d'insister davantage, la conduite à tenir en de semblables occurrences est très délicate et difficile à formuler d'une façon précise tant il existe de cas particuliers.

Mais ces difficultés seront encore plus grandes lorsque le

traumatisé n'appartiendra pas à une compagnie de chemins de fer, à une grande exploitation ayant son personnel médical habitué, nous l'espérons du moins, à de semblables cas, d'une appréciation d'ailleurs toujours malaisée; qu'il s'agira par exemple de simples voyageurs ou de passants blessés sur la voie publique par la faute de particuliers responsables ou de petites sociétés d'entreprises industrielles. C'est alors que naîtront ces procès, ces expertises dont nous avons parlé.

L'action du médecin traitant se trouvera alors singulièrement entravée par les préoccupations morales qu'on devrait pouvoir à tout prix éviter à ces sujets et qui prennent naissance dans des débats judiciaires fréquemment interminables. Même si le malade a gain de cause, il arrive le plus souvent à la fin du procès, à bout de forces, incapable de se ressaisir, et la névrose a beau jeu pour évoluer désormais, avec tout son luxe de symptômes, sur un terrain ainsi préparé.

Le rôle du médecin serait de s'employer à éviter ces débats, à faire trancher le plus rapidement possible les questions en litige, à éloigner en un mot les préoccupations morales qui en naissent et qui rendent ses efforts thérapeutiques impuissants. Mais les limites dans lesquelles son intervention peut s'exercer en présence d'intérêts aussi contradictoires sont presque impossibles à tracer.

Si la thérapeutique peut encore porter ses fruits dans une certaine mesure chez les ouvriers appartenant à des compagnies responsables, celle-ci perd véritablement ses droits chez les petits employés, les manœuvres, les ouvriers victimes d'une agression, d'un accident, qui mis au moins temporairement dans l'impossibilité de gagner leur vie, n'ont rien à attendre des fauteurs du traumatisme — vu qu'ils n'ont été embauchés dans certaines usines qu'à leurs risques et périls ou qu'ils ignorent même le nom de leurs agresseurs.

Une fois touchés par la névrose, ces malheureux viennent échouer à l'hôpital, où si nous disposons de procédés thérapeutiques s'adressant au physique, les moyens d'action sur le moral nous font, on le comprend, presque toujours complè-

tement défaut, au moins dans de semblables cas. Tombés dans une profonde déchéance, incapables d'un travail soutenu, ils errent de service en service ; ils font désormais partie de ces déclassés des grandes villes, de ces vagabonds chez lesquels, si on voulait les chercher, ainsi que l'ont fait Charcot et Benedikt, on trouverait bien souvent les stigmates mentaux et somatiques de l'hystéro-neurasthénie revêtant sa forme la plus incurable.

CHAPITRE V

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'HYSTÉRIE

PAR

PIERRE JANET,

Professeur suppléant au Collège de France, Directeur du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière.

I

L'hystérie maladie mentale. Notions pathologiques sur l'état mental des hystériques et indications thérapeutiques générales.

A. — CARACTÈRE PSYCHOLOGIQUE DES PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES.

« Il faut bien que l'on sache, disait Charcot, que l'hystérie est une maladie psychique d'une façon absolue[1]. » Plusieurs auteurs en France et à l'étranger ont adopté cette conception de l'hystérie qui avait déjà été en partie proposée par Briquet ; j'ai essayé moi-même dans une série d'études publiées depuis 1886 d'analyser les principaux symptômes de l'hystérie et de montrer la part prépondérante que prenaient dans chacun d'eux des phénomènes psychologiques, et j'ai cru pouvoir conclure comme Charcot et considérer l'hystérie comme une maladie mentale.

Cette expression me semble avoir provoqué certains malen-

1. CHARCOT. — Leçons du mardi, I, 207.

tendus. Les uns ont eu peur que l'on ne confondît les hystériques avec les aliénés proprement dits[1]. Bien qu'à mon avis, les hystériques doivent être rapprochés de certains aliénés, je répondrai que toute maladie mentale n'est pas l'aliénation entendue dans le sens vulgaire du mot.

D'autres auteurs semblent craindre que la considération des phénomènes psychologiques ne tende à supprimer les études soit anatomiques, soit physiologiques sur cette maladie. Je ne puis comprendre l'opposition que l'on prétend établir entre ces deux études : dire que l'hystérie est une maladie mentale, c'est affirmer qu'elle dépend d'un trouble dans les fonctions des centres corticaux du cerveau ; cela n'empêche en aucune manière d'étudier les rapports de l'hystérie avec l'arthritisme ou bien avec les auto-intoxications qui déterminent peut-être ce trouble cortical. Les phénomènes mentaux sont des faits aussi réels que les autres en relation avec des phénomènes physiologiques et ces deux catégories de faits doivent être étudiées simultanément. Nous constatons seulement qu'aujourd'hui les études anatomiques, histologiques ou même chimiques sur cet état des centres corticaux ne sont pas assez avancées pour donner la raison des symptômes cliniques et nous disons simplement que, pour le moment, ce sont les phénomènes mentaux qui, mieux connus, expliquent les faits que l'on observe, et jouent le principal rôle dans l'interprétation de la maladie.

Il est d'ailleurs facile, si l'on ne craint pas les hypothèses un peu aventureuses, de traduire les observations psychologiques en langage anatomique, suivant les conceptions sur les fonctions des principaux centres. Au lieu de dire, comme je l'ai fait si souvent, qu'une anesthésie donne naissance à une amnésie, qu'une anesthésie musculaire ou kinesthésique amène une paralysie, on dira que l'engourdissement de tel centre tactile ou vimal donne naissance à une amnésie, que l'engourdissement de tel autre centre des sensations muscu-

1. Cf. Grasset. — Leçons de clinique médicale, 3e série, 1896, p. 139.

laires détermine une paralysie. Un tel langage est permis, sans doute, mais il faut bien savoir qu'en dehors des constatations directes, anatomiques et histologiques qui n'ont pas été faites, ce langage n'est qu'une traduction. Malgré son apparence anatomique, ce n'est qu'une explication psychologique qui cherche à se dissimuler.

S'il en est ainsi, n'est-il pas naturel de se préoccuper de ces phénomènes mentaux dans le traitement de l'hystérie? Ce ne sera sans doute qu'une thérapeutique symptomatique, puisque nous ignorons la cause physiologique ultime de ces altérations mentales. Mais il nous est difficile de faire mieux et les divers traitements physiques qui ont été proposés, et qui ne sont pas supprimés par une thérapeutique morale, ne peuvent guère se justifier davantage.

B. — THÉRAPEUTIQUE MENTALE.

Aussi depuis longtemps a-t-on compris la nécessité de ce traitement psychologique. Beauchêne, dans son petit livre curieux sur « l'influence des affections de l'âme dans les maladies nerveuses des femmes » publié dans l'an VII, demande déjà pour ces maladies une « médecine de l'âme, *medicina mentis* ». On connaît bien les tentatives de Heinroth en Allemagne et de Leuret en France pour appliquer aux aliénés un traitement moral, et Lasègue réclame à plusieurs reprises « une thérapeutique morale des maladies nerveuses[1] ». Enfin depuis que les études sur l'hypnotisme et la suggestion se sont développées, d'innombrables travaux que l'on ne peut énumérer ici[2] ont montré comment toutes sortes d'accidents nerveux ont pu être guéris ou amendés par des procédés purement moraux. Il est même juste de remarquer que beaucoup de procédés présentés par leurs auteurs comme des méthodes

1. Lasègue. — Études médicales, I, 30.

2. Nous ne pouvons résumer ici la bibliographie immense de la thérapeutique psychologique; on nous excusera si nous renvoyons quelquefois à d'autres travaux où nous avons présenté quelques études historiques et où certaines questions sont traitées avec plus de développement.

de thérapeutique physique n'agissaient, au moins dans certains cas de névroses, que d'une manière morale. La métallothérapie, l'électrothérapie, certaines gymnastiques, etc., déterminaient quelquefois des suggestions; plus souvent elles agissaient en amenant la restauration de certaines sensibilités, ou en réveillant de leur engourdissement certains centres corticaux suivant le langage que l'on adoptera, c'est-à-dire qu'elles agissaient en déterminant des modifications psychologiques. Le reproche que l'on a fait le plus souvent et, à mon avis, le plus justement à ces récits de guérisons par des procédés psychologiques, c'est qu'il s'agissait d'accidents hystériques mal diagnostiqués. Ce reproche n'a plus de valeur ici et il renferme une reconnaissance de ce fait aujourd'hui évident, c'est qu'un très grand nombre de malades hystériques ont obtenu le plus grand soulagement par ces traitements moraux.

Il semble donc juste qu'une étude sur le traitement psychologique de l'hystérie occupe une place dans un traité complet de thérapeutique. Pour légitimer et expliquer autant que possible ces pratiques, je montrerai d'abord en quelques mots la pathogénie des accidents les plus communs afin de faire voir le point vers lequel doit être dirigé le traitement. Enfin pour éviter les spéculations théoriques, je me bornerai à indiquer les traitements divers qui ont été proposés et les résultats de chacun d'eux que j'ai pu observer dans une étude assez longue, poursuivie d'abord dans les hôpitaux du Havre, puis à la Salpêtrière sous la direction de Charcot, et dans le service de mon éminent maître, M. le professeur Raymond.

II

Rôle des idées fixes dans les accidents hystériques.

A. — IMPORTANCE DE L'IDÉE FIXE.

Dans ses leçons de 1884-85 Charcot a essayé d'établir que certaines paralysies hystériques dépendent « d'une idée, d'une

préoccupation du malade bien capable d'entretenir son mal, étant donné que celui-ci est, comme nous le pensons, surtout d'origine psychique, ou si vous l'aimez mieux, mentale[1] ». Puis il appliqua cette interprétation à toutes sortes d'accidents, à des attaques, des contractures, des mutismes, des anorexies, etc. Des remarques du même genre faites de tous côtés conduisirent à cette conception formulée surtout par Mœbius : « Les maladies hystériques sont des modifications corporelles qui se rattachent à des conceptions, à des idées qui déterminent des émotions persistantes[2]. » Cette interprétation a été tout naturellement développée par tous ceux qui ont étudié la puissance de la suggestion et les modifications organiques graves et durables qu'elle peut déterminer; ils ont prétendu que les choses se passaient dans bien des cas comme si l'hystérique se suggérait à lui-même son accident. « L'hystérique réalise son accident comme il le conçoit », disait M. Bernheim. Malheureusement cette conception si simple est loin de se vérifier facilement dans tous les cas, c'est que le rapport entre l'accident et l'idée fixe est loin d'être toujours aussi simple que dans les cas de paralysies étudiés par Charcot, et il est nécessaire pour le comprendre d'étudier avec plus de précision les caractères que peut prendre l'idée fixe chez l'hystérique, afin de discerner en quoi le rôle qui lui a été attribué est juste et en quoi son importance a été exagérée.

B. — IDÉE FIXE ANCIENNE ET LATENTE.

Le mot « idée » employé par Charcot, le mot « représentation, *Vorstellung* » employé par Mœbius, par Strumpell, le mot « auto-suggestion » employé par Bernheim et en général le mot « idée fixe » employé par beaucoup d'auteurs et que j'ai très souvent répété, peuvent donner lieu à des malentendus

1. Charcot. — Œuvres, III. 397.

2. Mœbius. — *Centralblatt f. Nervenheilk.*, 1888. — Dans mon travail sur les accidents mentaux des hystériques, 1893, p. 259, se trouve un résumé bibliographique sur cette conception importante de l'hystérie.

et être pris dans un sens qui n'a jamais été celui des auteurs. On peut croire qu'il s'agit d'une idée abstraite et précise, que le malade se dit à lui-même : « je serai paralysé de telle et telle manière » et qu'il assiste froidement à la réalisation de sa prédiction. Jamais Charcot ni aucun auteur n'a compris les choses de cette manière. Charcot emploie à chaque instant les mots, « préoccupation, émotion, angoisse », Mœbius parle d'idée déterminant une émotion persistante, j'ai sans cesse répété qu'il s'agissait d'une « émotion figée, d'une émotion complexe qui se reproduit toujours la même, etc. ». D'ailleurs même chez les obsédés proprement dits, l'idée obsédante n'est jamais abstraite et froide, elle détermine des réactions émotives si fortes que cet état a pu être appelé « un délire émotif ». Il est bien rare que l'on puisse dire avec M. Bernheim que l'hystérique réalise son accident comme il le conçoit. Le plus souvent le sujet ne garde qu'une préoccupation, une émotion persistante et l'accident se rattache à cet état « par cet ensemble de lois psychologiques et physiologiques qui règlent le développement et la manifestation des émotions ».

Même en interprétant les choses de cette manière, on rencontre encore bien des difficultés quand on cherche à se rendre compte du rôle joué par l'idée fixe ou par l'émotion systématique et persistante.

Dans les cas les plus simples l'idée fixe et le symptôme clinique qu'elle détermine sont la reproduction d'un événement de la vie du malade, sont en rapport étroit avec un accident bien net. Un homme est renversé par une voiture et reçoit un choc à la jambe droite, il pense que sa jambe droite est blessée et il a en y pensant une grande émotion de terreur, puis peu à peu il perd la sensibilité et le mouvement de la jambe droite, cela est clair et net. Mais très souvent il n'en est pas ainsi, et le symptôme clinique ou même l'idée fixe nous semblent sans ressemblance ou même sans dépendance avec l'accident que nous considérons comme initial. Un homme perd sa fortune dans le commerce et le voici qui peu de jours après présente un tic de la face, il semble faire

un effort pour souffler continuellement par une narine. Un homme est épouvanté par la mort subite de sa femme qui succombe près de lui dans son lit et le voici qui a du météorisme abdominal et qui commence de grandes attaques d'hystérie dans lesquelles il a l'hallucination d'une locomotive qui se précipite sur lui. Quel est le rapport entre le symptôme et l'accident initial?

Le rapport existe cependant, si l'on veut bien remarquer que chez ces malades, l'idée fixe est antérieure à l'événement actuel qui a simplement déterminé sa reproduction et sa manifestation actuelle. Le premier de ces malades a été très préoccupé par la pensée d'une croûte dans le nez à la suite d'un fort saignement de nez, survenu au cours d'une fièvre typhoïde, il y a 18 mois, et il a déjà présenté cette idée fixe, ce tic de la face pendant de longues périodes. L'autre a été réellement blessé au ventre par une locomotive, il y a 6 ans. Mais le souvenir de ces accidents est resté latent, ne se manifestant pas ou se manifestant rarement, comme il arrivait chez le second malade qui avait l'hallucination de la locomotive quand il lui arrivait de s'enivrer. L'accident nouveau, la perte d'argent, la mort de la femme n'a pas donné véritablement naissance à une idée fixe, mais a mis l'esprit dans un état de faiblesse qui a permis le développement et la manifestation permanente d'une idée fixe ancienne. Ce fait est très fréquent et il explique souvent le désaccord apparent entre l'accident initial et le symptôme qui se manifeste.

C. — IDÉE FIXE PRIMAIRE ET IDÉES FIXES SECONDAIRES.

Si nous remontons au véritable événement initial qui a déterminé le début de l'idée fixe, nous pouvons cependant être encore embarrassés et comprendre difficilement le rapport entre cet événement et les symptômes que nous observons. Voici deux exemples caractéristiques pris au milieu de cent autres. Une jeune fille de 25 ans présente depuis six ans une série d'accidents variés, anesthésies viscérales et cutanées très variables,

gonflement du ventre, troubles de la digestion, vomissements, contractures passagères des jambes surtout en adduction, astasie-abasie vraiment surprenante qui depuis plus de cinq ans a rendu la marche tout à fait impossible, etc. Nous apprenons une triste aventure survenue à cette jeune fille : vivant seule avec son père, à l'âge de 18 ans, elle est devenue à l'insu de tous la maîtresse de ce dernier. Les relations, qui ont duré un an, ont cessé depuis six ans, mais la malade est restée obsédée par ce souvenir, et les accidents hystériques ont commencé peu de temps après. Quel rapport y a-t-il entre le souvenir des relations avec son père, les émotions déterminées par ce souvenir et l'astasie-abasie ? Autre exemple : voici une femme de 27 ans qui est couchée depuis huit mois sans pouvoir bouger à cause d'une violente douleur dans le ventre. C'est une ovarie, si l'on veut, avec hypéresthésie de la paroi abdominale, vaginisme, contracture des jambes en adduction. Il a fallu la chloroformer pour pratiquer l'examen vaginal qui n'a révélé aucune lésion apparente. A-t-elle donc une idée fixe relativement à son ovaire? En aucune façon. Son idée fixe qui est réelle, c'est la pensée d'un ancien amant qui lui a proposé il y a huit mois de quitter son mari et son enfant et de reprendre avec lui la vie commune. Mais quel est le rapport entre cette idée fixe et son ovaire qui la tient au lit depuis huit mois?

Pour le comprendre il faut savoir qu'une idée n'est pas dans l'esprit une chose simple et inerte, c'est tout un système d'images et de tendances qui se développent et se transforment sans cesse. Autour de l'idée fixe primitive se développent quelquefois par raisonnement, le plus souvent par association, une foule d'idées secondaires, de rêves, d'émotions qui ont à leur tour des conséquences et des manifestations très compliquées, et nous ne pouvons pas toujours rétablir complètement la suite et le lien de tous ces phénomènes.

La jeune fille dont nous parlions a eu d'abord l'idée fixe et la terreur de la grossesse, de là probablement un état émotif permanent qui a déterminé les troubles viscéraux. Les craintes

et les remords ont amené des idées de suicide qui ont déterminé à leur tour le refus des aliments, l'anorexie, de nouvelles anesthésies viscérales et même les troubles de déglutition qu'un médecin avait pris pour les symptômes d'une lésion bulbaire. L'idée de la grossesse d'une part, l'excitation génitale de l'autre, une hallucination étrange du sens tactile et du sens génital que nous ne pouvons décrire et qui se développait au moindre mouvement des jambes ont rendu la marche de plus en plus difficile. L'idée obsédante que sa démarche singulière faisait tout découvrir s'ajoute aux premières et l'astasie-abasie devient complète pendant cinq ans. — La femme atteinte d'ovarie est avant tout une aboulique qui n'ose pas et ne peut pas prendre une décision. Elle aime trop son mari et son enfant pour les quitter, elle aime trop son amant pour renoncer à lui; aussi a-t-elle remis sa décision jusqu'au moment où elle serait bien guérie d'une petite indisposition. Mais elle a reculé sa guérison indéfiniment, elle redoute cette guérison de peur d'avoir à répondre décidément à la proposition de son amant, et depuis huit mois elle reste couchée et souffre de plus en plus. Ajoutez la contracture des adducteurs, des « custodes », si fréquente chez les femmes qui ont des préoccupations génitales et l'on saisit quelques-uns des termes intermédiaires qui ont conduit les malades aux accidents qu'elles présentent actuellement.

Il faut donc bien savoir que l'hystérique a rarement dans l'esprit l'idée fixe de son symptôme ; elle ne pense pas à avoir une attaque, ou à garder la bouche de travers. Il n'en est ainsi que dans quelques cas particulièrement simples. L'idée fixe qu'elle a dans l'esprit est en apparence étrangère au symptôme et ne le détermine que par l'intermédiaire de toute une séri de conséquences morales et physiques.

C'est ce qui m'avait amené à distinguer dans l'hystérie des *idées fixes primaires*, ou *des états émotifs primaires* origine véritable de la maladie, quoique souvent sans rapport apparent avec elle et des *idées fixes* ou *des états émotifs secondaires* qui amènent successivement une foule d'accidents variés. Ces idées fixes secondaires se compliquent de plus en plus, d'abord

parce que d'autres pensées s'associent avec la première et ensuite parce que l'esprit affaibli par la première idée fixe devient de plus en plus suggestible et acquiert une collection de nouvelles idées fixes à propos du plus petit incident.

De là vient également la grande différence que j'ai souvent fait remarquer entre l'hystérie récente et l'hystérie ancienne. La première est simple, l'idée fixe ordinairement unique est bien en rapport à la fois avec l'événement initial et avec le symptôme. Dans la seconde au contraire tout est très compliqué, et le médecin qui veut pénétrer le mécanisme psychologique des accidents est tout surpris de découvrir un long roman de plus en plus inextricable. Cette grande différence clinique a, comme on le soupçonne, de très graves conséquences au point de vue thérapeutique.

D. — NATURE OU CONTENU DES IDÉES FIXES.

Quelles sont les pensées qui peuvent chez les malades jouer ce rôle et se transformer en idées fixes ? Cette question me paraît soulevée par certaines théories récentes de l'hystérie, en particulier celles de M. Freud. On a remarqué le rôle considérable que jouaient chez quelques hystériques les idées relatives aux fonctions génitales et on a dit que toute hystérie dépendait d'une excitation sexuelle prématurée et d'une obsession génitale. Cette remarque est d'une vérité banale si on ne la généralise pas inutilement. Depuis la jeune fille qui a été à un bal de campagne et qui revient amoureuse d'un cornet à piston au point d'avoir des attaques délirantes dans lesquelles elle le voit jouer de son instrument, jusqu'à la femme adultère tourmentée nuit et jour par son remords et par son secret, on voit tous les degrés et toutes les formes des préoccupations amoureuses. Cela n'est-il pas très naturel si l'on songe qu'il s'agit des sentiments les plus fréquents et les plus vifs, les plus fertiles en émotions de toute espèce. Mais il faut remarquer d'abord qu'il ne s'agit pas toujours de véritables excitations génitales, ni d'excitations prématurées, l'amour est

un sentiment très complexe et qui peut revêtir bien des formes. Ensuite il faut reconnaître que les accidents hystériques ont très souvent pour origine des idées fixes de nature toute différente. Celle-ci est inconsolable de la mort de sa mère ou de la mort de son enfant, celle-là d'une accusation de vol portée contre elle, etc. etc. Faut-il rappeler les innombrables hystéries traumatiques déterminées par le souvenir obsédant d'un choc, d'un accident quelconque. En un mot tous les souvenirs, toutes les pensées, capables de provoquer des émotions fortes et durables peuvent jouer le rôle d'idées fixes et devenir le point de départ des accidents hystériques. On doit seulement remarquer que suivant l'âge, l'éducation, la situation sociale du malade, certaines idées fixes et certaines émotions sont plus fréquentes que les autres.

E. — CARACTÈRE SUBCONSCIENT DES IDÉES FIXES.

Il reste à insister sur un dernier caractère des idées fixes de forme hystérique qui m'a semblé particulièrement important au point de vue thérapeutique. Ces idées, surtout l'idée primaire qui joue le principal rôle, ne sont pas toujours nettement connues par le malade lui-même Il ne se rend compte que d'une manière imparfaite et souvent il ignore tout à fait l'obsession qui le tourmente et qui détermine à son insu tous les accidents. Mais comment pouvons-nous dire que cette idée existe, puisque le malade n'en a pas conscience. Parce que cette idée est exprimée par le malade d'une manière extrêmement nette à certains moments particuliers, tandis qu'il n'en conserve pas le souvenir dans les intervalles. Dans les attaques, dans les délires, dans les somnambulismes surtout, il nous explique clairement l'obsession qui le tourmente d'une façon continuelle.

Pendant la veille même, l'écriture ou même la parole automatique, qui se produit sans que le malade la sente, nous manifeste la même préoccupation. Ce sont ces faits que j'ai essayé de résumer en un mot en disant que chez l'hystérique

l'idée fixe était très souvent *subconsciente*. Ce mot ne doit soulever ici aucune querelle philosophique. Il ne s'agit pas de chercher si l'esprit est ou n'est pas divisible, si ces idées conservent, oui ou non, une forme particulière de conscience, ces questions sont tout à fait inutiles au médecin. Ce mot « subconscient » exprime simplement pour lui un fait et un fait incontestable, c'est que le sujet peut exprimer son idée fixe à de certains moments et dans de certaines conditions et qu'il ne le peut absolument pas dans les autres. On connaît bien ce caractère clinique des fugues hystériques : le sujet ne peut raconter sa fugue et les raisons qui l'ont déterminée que si on le met en état de somnambulisme. Eh bien, ce même caractère clinique se rencontre dans les idées fixes qui déterminent des attaques, des paralysies, des anorexies, etc., c'est là un fait banal dans l'hystérie, qu'il est nécessaire de connaître, non seulement pour traiter, mais même pour diagnostiquer avec précision un accident hystérique.

En résumé, il faut se souvenir que l'idée fixe des hystériques est surtout un état émotif systématique et persistant ; pour la bien comprendre, il faut savoir que l'idée fixe peut n'avoir qu'un rapport indirect avec l'événement en apparence provocateur, ou avec l'accident pathologique, que l'idée la plus apparente n'est pas toujours la plus importante, et qu'il y a des idées primaires qui peuvent être tout à fait subconscientes. Si l'on tient compte de ces remarques, on reconnaîtra sans peine que des idées fixes de ce genre accompagnent et précèdent souvent la plupart des accidents hystériques, qu'elles forment une partie intégrante de ces accidents, dont il est impossible de ne pas tenir compte et qu'elles semblent jouer un grand rôle dans l'évolution de ces accidents eux-mêmes.

III

La faiblesse de synthèse mentale.

A. — LA PRÉDISPOSITION AUX IDÉES FIXES.

Quelle que soit l'importance des idées fixes dans l'hystérie, importance que je n'ai pas cherché à restreindre, je ne puis croire que ce seul phénomène explique toute la maladie. Elles semblent, par les émotions qu'elles déterminent, être en relation avec certains accidents, elles semblent surtout à mon avis donner à ces accidents leur localisation, leur forme particulières. Mais, d'une part, elles n'accompagnent pas tous les phénomènes de l'hystérie, des stigmates et même des accidents comme l'hémiplégie[1] peuvent se développer insidieusement, sans qu'il y ait une émotion ni une idée fixe bien nette qui les entretiennent, d'autre part, ces idées fixes se surajoutent toujours à un état pathologique antérieur, mal reconnu et même elles ne prennent leur importance que grâce à cet état antérieur. Sans doute, on peut imaginer des émotions extrêmement violentes ou bien répétées incessamment pendant très longtemps et capables de désorganiser l'esprit le plus solide. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent le plus souvent chez nos malades : ce sont des accidents futiles qui presque toujours deviennent le point de départ des idées fixes. Délirer pendant deux ans, essayer de mourir en refusant toute nourriture et tout cela par amour pour un musicien que l'on a vu une fois et dont on ne sait même pas le nom, avoir pendant trois ans des attaques violentes avec hallucinations terrifiantes parce que l'on a rencontré une fois un rat dans la cuisine, s'enfuir de la maison en état de somnambulisme, accomplir à sept reprises différentes des fugues de deux et trois mois dont on ne conserve aucun

1. P. Janet. — Accidents mentaux des hystériques, p. 126.

souvenir, parce que l'on a entendu une fois un vieux marin décrire les charmes des voyages, ce n'est guère la marque d'un esprit solide. Si l'idée et l'émotion déterminent l'amour, l'anorexie, l'attaque, la fugue, en se développant d'une façon subconsciente, il n'en est pas moins vrai que l'idée a dû rencontrer un terrain singulièrement favorable à son développement indépendant. C'est pourquoi je crois qu'il existe dans l'hystérie d'autres troubles psychologiques antérieurs à l'idée fixe, « les hystériques vrais, disait très bien M. Pitres, sont hystériques avant de présenter les accidents éclatants de la névrose, et ils restent hystériques après que ces accidents ont disparu[1] ».

L'observation clinique vient encore confirmer cette réflexion, on peut constater chez des jeunes filles, chez des enfants, une prédisposition à l'hystérie sans qu'il y ait d'accidents caractérisés. Bien des symptômes que présentent ces malades ne sont pas encore en rapport avec une grande idée fixe, le sujet semble attendre une occasion pour commencer l'idée fixe dont le développement va remplir sa vie; mais il n'en présente pas moins un état mental déjà anormal.

B. — LA SUGGESTIBILITÉ.

Il est difficile de caractériser avec précision ce trouble mental qui constitue la grande prédisposition aux accidents hystériques. On a souvent répété depuis les études récentes sur la suggestion, que le grand caractère des hystériques, c'est la *suggestibilité*. Cette remarque est évidemment juste, et il est facile de constater chez ces malades tous les phénomènes de la suggestion. On sait que la plupart des accidents hystériques peuvent être reproduits par suggestion, quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur le mécanisme cérébral de ces phénomènes, cette remarque n'en reste pas moins importante pour nous montrer le rapport de ces accidents avec les idées

1. Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie. I. 37. Cf. notre étude sur les stigmates mentaux de l'hystérie, 1893.

et les émotions du sujet. Il faut encore se souvenir de cette puissance de la suggestion chez les hystériques pour éviter les dangers de l'imitation, du dressage en commun qui sont si redoutables quand ces malades sont réunis. Mais le mot « suggestibilité » ne répond pas complètement à notre problème; dire que les hystériques sont suggestibles, c'est se borner à répéter le fait même que l'on veut expliquer. On sait fort bien que les idées fixes et la suggestion sont tous deux des phénomènes du même genre, dépendent tous les deux du développement exagéré et indépendant des idées dans l'esprit, et, expliquer les idées fixes des hystériques par la suggestibilité, c'est comme si l'on disait qu'elles ont des idées fixes parce qu'elles sont disposées à en avoir.

C. — LE RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP DE CONSCIENCE. LES ANESTHÉSIES.

Aussi ai-je cherché depuis longtemps quelle était dans l'esprit des hystériques, la condition de la suggestibilité elle-même et je crois avoir montré[1] qu'un certain nombre d'autres phénomènes psychologiques accompagnent la suggestibilité et varient avec elle. Le fait de la suggestion, c'est-à-dire le développement exagéré des éléments contenus dans une idée, se produit quand l'idée reste isolée dans l'esprit. Car c'est l'antagonisme des idées réunies dans un même champ de conscience qui produit le doute, la critique et la liberté. C'est ce que l'on peut exprimer sommairement en disant que les individus suggestibles n'ont jamais qu'une idée à la fois, que leur champ de conscience est rétréci. Ce rétrécissement lui-même se rattache à un affaiblissement, une diminution des fonctions psychologiques les plus élevées telles que l'attention, la volonté. Il y a chez ces malades un affaiblissement notable de la synthèse mentale, de cette fonction qui consiste à réunir en une même pensée, en une même conscience, des images, des idées

1. P. Janet. — Automatisme psychologique, 1889, 139.

d'origine différente et à en former un tout original[1]. Un groupe considérable d'observations et d'expériences mettent en évidence cette diminution de la synthèse mentale.

Les plus importantes de ces observations ont rapport aux anesthésies des hystériques. La suppression plus ou moins complète de certaines sensations, et bien souvent des images et des mouvements qui en dépendent, manifestent une véritable diminution de la pensée. Les malades sont loin de compenser par un développement plus grand des autres sensations, ou, si l'on veut, par une activité plus grande des autres sens, le vide causé par celles qui ont été perdues ou par l'engourdissement de certains centres. Il est facile de constater le rapport qui existe entre la disposition aux idées fixes, la suggestibilité et l'existence de ces anesthésies.

D. — LA DÉSAGRÉGATION DE L'ESPRIT.

Cette maladie de l'esprit, qui est d'ailleurs très banale, se rencontre dans une foule d'états pathologiques différents, mais elle prend chez l'hystérique une forme particulière. La synthèse étant trop faible, certaines catégories de sensations, d'images ou d'idées sont laissées de côté d'une manière plus ou moins définitive et cessent d'être rattachées à la conscience personnelle.

Il y a dans l'esprit de l'hystérique une tendance à la division, à l'autotomie mentale, si on peut appliquer ici cette expression. C'est pourquoi le dédoublement de l'esprit qui a tant surpris dans certains cas de somnambulisme naturel, loin d'être une exception, est la loi générale de l'hystérie et il se manifeste, non seulement dans les somnambulismes, les attaques, les idées fixes subconscientes, mais encore dans les stigmates, les amnésies, les anesthésies. Sans doute les stigmates ne sont pas sans rapports avec les idées fixes : l'amnésie, l'anesthésie qui manifestent le rétrécissement du champ de

1. P. Janet. — Cf. Étude sur un cas d'aboulie et d'idées fixes (*Revue philosophique*, 1891, I, 389).

conscience, augmentent beaucoup quand l'idée obsédante se développe. D'une part, parce que cette idée prend pour elle une partie considérable de l'attention disponible, de l'autre parce que cette idée détermine des émotions dont le caractère est de dissocier l'esprit. Mais il n'en est pas moins vrai que les stigmates dépendent surtout de cette faiblesse de synthèse mentale qui était de beaucoup antérieure et qui était également la condition des idées fixes.

E. — LA FAIBLESSE MENTALE.

Cette faiblesse mentale est évidente. De quoi dépend-elle ? Évidemment d'une certaine insuffisance des fonctions cérébrales qu'il est actuellement difficile de préciser. Il semble que la quantité d'activité cérébrale disponible ait été restreinte et que le sujet ne soit plus capable de mettre simultanément en exercice toute la surface corticale, mais seulement une petite partie à un moment, puis une autre petite partie au moment suivant. Si l'on envisage la mobilité des phénomènes hystériques, leur remplacement facile par des phénomènes équivalents, la persistance presque générale à l'état subconscient des phénomènes en apparence supprimés, la dissociation qui se manifeste dans les somnambulismes et les écritures automatiques, on arrivera, à mon avis, à une supposition qui doit être, bien entendu, exprimée avec toutes réserves. C'est que la lésion, l'engourdissement si l'on veut, porte non exclusivement sans doute, mais d'une façon prédominante sur les régions de l'écorce qui ont pour rôle de synthétiser, d'associer les divers phénomènes psychologiques. Ce n'est que secondairement que l'engourdissement porte sur les centres sensoriels qui sont d'abord dissociés et continuent à fonctionner isolément, puis dont le fonctionnement se pervertit et s'altère par son isolement même.

A quoi faut-il rattacher cette insuffisance cérébrale elle-même ? A une malformation congénitale et héréditaire des circonvolutions cérébrales, cela est quelquefois très vraisem-

blable. Certains malades sont évidemment des infirmes mentaux qui n'ont pas perdu certaines facultés élémentaires et brillantes, la mémoire, l'association et l'imagination automatiques, mais qui sont presque dépourvus de volonté, de synthèse mentale. Leur cerveau est suffisant dans l'enfance, dans la vie simple, régulière et facile; mais dans la jeunesse, quand commencent à se poser les problèmes de la vie matérielle et morale, les soucis d'avenir, les préoccupations de l'amour, l'insuffisance de l'organe cérébral éclate. Ces petits prodiges deviennent tristes, fatigués, incapables d'attention, ils ne peuvent plus rien apprendre de nouveau et ils se laissent aller à d'interminables rêveries. Plus tard une émotion, un choc quelconque, va semer l'idée fixe et l'hystérie sera complète.

Il est certain aussi que dans certains cas, des intoxications, des maladies accidentelles, surtout des maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde, peuvent déterminer cette altération cérébrale chez des individus primitivement bien doués. Les recherches futures démontreront quelle altération histologique ou chimique, quel trouble de circulation ou de nutrition détermine cette insuffisance mentale, et ces recherches, loin d'être opposées aux études psychologiques, ne feront que les continuer.

En résumé deux conditions paraissent jouer un grand rôle dans la pathogénie des accidents hystériques : 1° un état émotif précis et permanent qui localise les phénomènes d'une manière particulière suivant les lois de l'émotion et de la suggestion; 2° une prédisposition mentale originelle ou acquise à la diminution de la synthèse et à la désagrégation de l'esprit, ou, si l'on préfère ces expressions, une disposition à l'engourdissement des centres d'association, une tendance au fonctionnement indépendant et par suite à l'arrêt de fonctionnement des centres sensoriels.

Il est probable que ces deux conditions interviennent presque toujours simultanément, mais il est certain que, suivant les cas, leur importance est bien inégale. Sans doute une cer-

faine faiblesse mentale, une certaine diminution de la synthèse existe toujours au début pour permettre le développement de la suggestibilité, mais dans certains cas, cette faiblesse était peu importante par elle-même et ne troublait guère la vie du malade. L'événement initial a été au contraire fort grave, il a déterminé une violente émotion; celle-ci se conserve et se répète indéfiniment, non seulement elle détermine des accidents précis en rapport avec elle, mais elle contribue puissamment à dissocier l'esprit, accroît énormément sa faiblesse originelle. Dans ce cas, c'est la permanence de l'idée fixe émotive qui joue le rôle essentiel. Dans d'autres cas, au contraire, on ne remarque, au début des accidents, que des émotions insignifiantes par elles-mêmes. Les idées fixes qui en résultent sont peu nettes et surtout peu durables, elles se modifient incessamment sans que l'esprit se reconstitue, sans que les stigmates s'effacent après leur disparition. Le défaut d'équilibre et de synthèse, la tendance à l'engourdissement des centres d'association, au fonctionnement irrégulier des centres sensoriels se manifestaient longtemps avant le début des accidents actuels. C'est ici la faiblesse mentale qui est l'élément prépondérant.

Par conséquent la thérapeutique de l'hystérie doit envisager deux grandes indications. Premièrement, elle doit être dirigée contre *les idées fixes*, qui sont la cause la plus immédiate des accidents que l'on veut guérir, mais elle doit en second lieu se préoccuper autant que possible *de la faiblesse de synthèse mentale* qui est la cause plus lointaine, mais plus importante encore, qui entretient et reproduit les accidents.

IV

Traitement des idées fixes. — Procédés d'éducation.

A. — IMPORTANCE DU TRAITEMENT DES IDÉES FIXES.

Faut-il, dans le traitement de l'hystérie, se préoccuper de ces deux phénomènes et diriger le traitement contre l'un et contre

l'autre. Faut-il en particulier se préoccuper de ces idées fixes qui, indirectement par l'état émotif systématisé qu'elles entretiennent, déterminent la nature, la forme, la localisation des accidents hystériques. On peut dire qu'en général on a presque toujours répondu à cette question par la négative. En effet, on applique le plus souvent à tous les hystériques un traitement commun sans se préoccuper de la forme particulière que prend l'état émotif persistant dans chaque cas particulier ; ce traitement qui consiste d'ordinaire en pratiques hydrothérapiques et en toniques, en excitations de la sensibilité, ne s'adresse guère qu'à l'état général de faiblesse, d'engourdissement nerveux. En un mot, on n'applique le plus souvent aux hystériques qu'un traitement général sans essayer aucun traitement local, j'entends ici par traitement local le traitement qui serait dirigé contre l'émotion particulière, le souvenir spécial qui est l'occasion de tel ou tel accident actuel.

Cette conduite habituelle semble se justifier par un certain nombre de remarques. On peut dire qu'un traitement local, fût-il heureux, sera toujours insuffisant, puisqu'il laisse subsister une disposition à l'engourdissement cérébral, c'est-à-dire une diminution des fonctions de synthèse, une grande suggestibilité et une prédisposition souvent formidable à retomber dans des accidents semblables ou équivalents à propos de la moindre émotion nouvelle. Cela est très vrai et nous aurons à en tenir compte, quand nous parlerons du traitement général. Mais, comme on vient de le voir, la prédisposition générale n'a pas toujours une telle importance : l'idée fixe, l'émotion particulière, joue souvent un rôle bien plus important. Nombre de malades restent encore hystériques sans doute, mais sont singulièrement soulagés, quand ils sont débarrassés d'une idée fixe qui entretenait un accident grave. Il y a des hystériques qui conservent toute leur vie cette suggestibilité, cette faiblesse de synthèse et même quelques stigmates et qui n'en sont pas autrement incommodés si on guérit l'idée fixe et l'accident particulier quand il se pré-

sente. De tels malades ont ainsi des années de répit dont la considération n'est pas insignifiante.

On pourra ajouter que ce traitement local est inutile, parce que le traitement général suffit à lui seul, en modifiant l'état psychologique dans son ensemble, à supprimer les idées fixes et les accidents particuliers et à prévenir leur retour. Il y a encore dans cette opinion quelque vérité, au moins au point de vue théorique. J'ai montré souvent que l'on peut déterminer chez les hystériques des états dans lesquels l'activité cérébrale est complètement restaurée, le champ de conscience élargi, la synthèse reconstituée. Dans ces états on constate non seulement la disparition des stigmates, des anesthésies, des paralysies, des troubles moteurs, mais encore la disparition de la suggestibilité. La pensée, reconstituée dans son ensemble, ne permet plus ce développement exagéré et indépendant d'un système psychologique qui constituait la suggestion et l'idée fixe. Si l'on pouvait pratiquement rendre un tel état définitif, il n'y aurait plus lieu de se préoccuper du traitement local. Si on peut se permettre une pareille comparaison, il n'y aurait plus lieu de se préoccuper du traitement local d'un abcès tuberculeux, si l'on pouvait rendre tout d'un coup et définitivement l'organisme réfractaire à la tuberculose. L'abcès local disparaîtrait tout seul par le simple effet de la modification générale.

Malheureusement, ce sont-là des conceptions théoriques et des expériences de laboratoire. Cet état complet, si intéressant pour l'étude, que l'on obtient en excitant et en dirigeant les efforts d'attention du sujet, est le plus souvent de peu de durée. Les stigmates, les amnésies et la suggestibilité ne tardent pas à réapparaître, si bien que cet état, tout en étant en lui-même identique à un état de veille normale, tout en représentant l'état normal dans lequel les malades devraient être continuellement, prend l'apparence d'un somnambulisme[1]. Quelquefois l'insuffisance cérébrale réapparaît spontanément sous l'influence de la

1. P. Janet. — Accidents moteurs des hystériques, p. 226.

plus petite émotion accidentelle, quand la prédisposition générale à l'engourdissement hystérique est très forte, mais bien souvent, à la moindre fatigue, réapparaît l'idée fixe qui n'a pas été détruite et c'est celle-ci qui amène à sa suite le rétrécissement considérable du champ de conscience, la dissociation de l'esprit par l'émotion qu'elle reproduit. Bien souvent il est impossible de déterminer la restauration de l'état mental en général à cause de cette idée fixe, de cette lésion locale. Si je puis reprendre la comparaison précédente, vous n'arriverez pas à restaurer l'état général d'un tuberculeux, si vous laissez subsister de vastes foyers purulents ; au contraire, si vous enlevez une tumeur locale, vous pouvez rétablir les forces et peut-être même créer un état réfractaire. Un exemple peut être emprunté aux observations auxquelles je viens de faire allusion. Cette pauvre fille, qui avait été à l'insu de tous la maîtresse de son père, fut soumise pendant huit ans à tous les traitements généraux, hydrothérapie, séjours prolongés dans des villes d'eaux, toniques, électricité, massage pour réveiller les sensibilités, etc. Aucun procédé n'eut d'action. C'est que le remords, l'inquiétude, simplement le secret lui-même, déterminaient des troubles émotifs, des dissociations perpétuelles de la pensée. Quand on s'occupa de ce point essentiel, toute la maladie guérit en quelques semaines. J'insiste sur ce point : les stigmates eux-mêmes, l'affaiblissement cérébral, etc., disparurent définitivement par le simple traitement local. La prédisposition était ici minime, point d'antécédents héréditaires, ni personnels ; l'idée fixe et l'émotion initiale jouant le principal rôle et amenant l'épuisement à leur suite, il suffit de modifier celles-ci pour déterminer une restauration de l'état général.

Sans insister sur ces discussions, je conclurai que nous n'avons pas le droit, dans le traitement psychologique de l'hystérie, de négliger le traitement local de l'idée fixe en rapport avec une émotion plus ou moins lointaine qui joue un grand rôle dans la forme qu'a prise la maladie. Ce traitement sera quelquefois, mais rarement, suffisant, il sera souvent utile et quelquefois absolument nécessaire.

B. — LA RÉCOMPENSE, LA MENACE, L'ÉMOTION RELIGIEUSE.

Quels sont les procédés qui peuvent avoir quelque action sur ces idées fixes d'un genre particulier que présentent ces hystériques ? Examinons d'abord les plus simples avant d'étudier les plus complexes.

On sait depuis longtemps que certains procédés empruntés aux méthodes vulgaires d'éducation des enfants peuvent avoir une très heureuse influence sur les accidents hystériques. Cette influence se comprend bien puisque nous savons que ces accidents dépendent d'idées fixes et que celles-ci peuvent être modifiées par des idées antagonistes.

Ces procédés ont en effet toujours comme caractère essentiel de chercher à faire naître dans l'esprit du sujet, des idées fortes, émotionnantes, opposées à l'idée fixe elle-même. On se sert pour y arriver, des encouragements, des récompenses, plus souvent des menaces, de la punition, de la peur, de la douleur même. On se souvient que la menace d'une application de fer rouge servait autrefois à arrêter les épidémies de convulsions, elle aurait encore son efficacité aujourd'hui. Sans aller aussi loin, les méthodes classiques du jet d'eau de Seltz à la figure, des coups avec une serviette mouillée reposent sur le même principe. Une giffle appliquée à propos a bien souvent guéri des chorées hystériques ou des délires. Beaucoup de procédés considérés comme physiologiques, la respiration d'asa fœtida, les verres d'eau que Cruveilhier faisait avaler coup sur coup aux malades, avaient une action du même genre.

Voici un cas qui m'a semblé curieux, dans lequel un procédé brutal a eu un résultat inattendu. On avait amené dans le service de Charcot une femme de trente-cinq ans, affaiblie et très émaciée par une anorexie grave déjà prolongée depuis plusieurs mois et par des vomissements incoercibles. Furieuse de son internement, elle se montrait aussi insolente que possible et nous déclarait qu'il était inutile de la forcer à manger puisqu'elle saurait bien vomir immédiatement tout

ce qu'on lui ferait prendre. Et, de fait, elle se retourna et vomit sur son oreiller ce qu'elle venait de manger. Un peu impatienté peut-être, je me laissai aller à lui faire cette réponse singulière : que le règlement de la maison était formel et forçait les malades à avaler de nouveau ce qu'elles avaient vomi. La pauvre femme fut stupéfaite et eut la naïveté d'obéir non sans répugnance et sans terreur à cet ordre absurde que j'avais exprimé sans m'attendre à son exécution. Mais cette fois elle ne vomit plus rien et depuis il n'a plus jamais été question ni d'anorexie ni de vomissements. L'assimilation des aliments s'est faite d'une manière tout à fait correcte et en un mois le poids de la malade avait augmenté de 12 livres.

D'autre part, on connaît aussi l'influence énorme que les émotions religieuses peuvent avoir chez ces malades. On a décrit à la Salpêtrière même des hystériques guéries par l'application du saint sacrement et les guérisons d'hystériques à Lourdes et aux autres sources miraculeuses ne se comptent pas. Dans les registres d'un pèlerinage, celui du précieux sang à Fécamp, j'ai lu des descriptions de paralysies hystériques guéries subitement, descriptions si précises, si conformes au tableau clinique, qu'elles doivent être l'expression de la réalité. Il ne faut donc pas blâmer l'emploi de ces procédés et les eaux miraculeuses doivent être conservées au moins pour nos malades. Peu nous importe qu'ils attribuent au ciel leur guérison, s'ils sont réellement guéris.

C. — INCONVÉNIENTS DE CES PROCÉDÉS.

Mais le sont-ils réellement et surtout le seront-ils fréquemment par ces procédés? Sauf dans des cas très rares, on voit l'accident recommencer au bout de peu de temps, car, il est rare que l'idée fixe ait été définitivement détruite par ces méthodes, elle n'est arrêtée que pour un moment dans ses manifestations. Pour l'arrêter de nouveau, il faudra augmenter la menace ou l'émotion et on arrive vite à des choses impraticables. D'autre part, les malades qui cèdent d'abord à une pre-

mière surprise, s'entêtent ensuite dans leur résistance et l'entêtement hystérique ressemble à une véritable aliénation. Certaines malades deviennent comme des enfants que l'on tuerait plutôt que de les faire céder, et il faut bien se garder de s'exposer à une lutte où le médecin finira toujours par avoir le dessous.

D'autre part, ces procédés ne peuvent être appliqués que dans des circonstances très particulières. Nous n'avons pas toujours un prestige suffisant pour produire une émotion intense à une heure dite. Les malades n'ont pas toujours une foi suffisante pour être émues par les pèlerinages. Quand ces procédés ont échoué une première fois, il est impossible de les renouveler. Enfin les idées fixes les plus graves sont, comme on l'a vu, très souvent subconscientes et ne sont que peu atteintes par les raisonnements ou par la volonté du malade ; les punitions deviennent bien vite, dans ce cas, injustes et inutiles. Aussi croyons-nous que ces procédés peuvent être surtout employés par la famille des malades au début de l'hystérie, mais que le médecin, lorsqu'il est appelé plus tard, aura assez rarement l'occasion de réussir par des procédés aussi simples.

V

L'isolement.

A. — Le traitement par l'isolement.

Charcot a mis en honneur un procédé thérapeutique déjà connu sans doute, mais qu'il a beaucoup vulgarisé. « Je ne saurais trop insister, dit-il, sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, où, sans contestation possible, l'élément psychique joue dans la plupart des cas un rôle considérable quand il n'est pas prédominant. Il y a près de quinze ans que je suis fermement attaché à cette doctrine et tout ce que j'ai vu depuis quinze ans, tout ce que je vois journellement ne fait que me confirmer de plus en plus

dans cette opinion[1]. » Le procédé est très simple, il consiste tout simplement à retirer le malade de sa famille, de son milieu habituel et à le transporter brusquement dans un endroit tout à fait inconnu pour lui. L'hydrothérapie offre justement un prétexte commode pour justifier ces changements de domicile. Cet isolement, dans la pensée de Charcot, doit être complet, le malade ne doit plus voir personne de sa famille, dans certains cas, il ne doit même pas recevoir des nouvelles de ses parents. M. Oulmont[2] montre bien comment une lettre survenue mal à propos peut détruire tout l'heureux effet de cette thérapeutique.

Il est certain que ce procédé peut quelquefois, à lui seul, avoir de bons résultats, j'ai vu des malades excitées et délirantes chez elles devenir calmes et raisonnables soit à l'hôpital, soit dans un établissement d'hydrothérapie et, au bout d'un certain temps, les accidents cesser d'une façon plus ou moins définitive. Ajoutons que le procédé n'est pas aussi pénible pour les malades que l'on serait disposé à le supposer. Elles ont une disposition d'esprit qui les porte à oublier vite et à regretter peu la maison et la famille. Et nous pouvons conclure que l'isolement a une puissante et heureuse influence.

B. — LES AVANTAGES PSYCHOLOGIQUES DE L'ISOLEMENT.

Dans des cas fort nombreux, les malades trouvent avantage à quitter le milieu où ils vivaient parce que ce milieu était mauvais. C'est dans leur famille, dans la présence de certaines personnes, dans les conversations que se trouve l'origine de leurs idées fixes. Ces idées fixes sont sans cesse éveillées et alimentées par des faits journaliers et ne peuvent que grandir dans le milieu où elles ont pris naissance. Tel est le cas de cette famille adonnée aux pratiques du spiritisme dont parle Charcot[3]. Tels sont les cas où la conduite du père ou de la mère, ou des

1. Charcot. — Œuvres, III, 238. Cf. III, 244, et Leçons du mardi, I, 117.
2. Oulmont. — Thérapeutique des névroses, 1894, 21.
3. Charcot. — Œuvres, III, 236.

querelles de famille, des reproches, des remords sont l'origine de l'idée primaire. Le malade emporte sans doute son idée avec lui, mais il y pense moins souvent dans un milieu différent, qui ne l'excite par aucune association d'idées, et il finit par l'oublier dans les cas favorables.

L'isolement peut aussi également, dans certains cas seulement, être considéré par le malade comme une chose pénible, une sorte de punition. Pour obtenir la permission de rentrer chez lui, il fera des efforts pour combattre ses accidents, pour appliquer son attention à ses mouvements, à ses sensations et ces efforts d'attention du malade, cette volonté de guérir, de se mouvoir, de sentir, surtout si elle est un peu aidée et dirigée par le médecin, ont une très grande importance pour la guérison.

L'isolement présente aussi l'avantage de simplifier la vie du malade, il le débarrasse brusquement des affaires, des engagements, des sentiments de respect humain, de ces mille liens qui compliquent la conduite dans notre milieu habituel, et en outre, il impose une vie monotone et simple. Ce n'est pas un mince avantage pour des malades dont la synthèse mentale est fortement affaiblie.

Mais le traitement par l'isolement ne se borne pas à ces avantages en quelque sorte négatifs. Il doit permettre au médecin de prendre une plus forte influence sur l'esprit des malades, de gagner leur confiance, de découvrir leurs idées fixes et de lutter contre elles. Il est certain que l'isolement du malade facilite singulièrement cette prise de possession de son esprit. Une personne qui, dans sa famille, se fera un point d'honneur de vous résister, va devenir trop heureuse de vous écouter et de vous obéir quand elle sera seule. Charcot cite à ce sujet une lettre frappante d'une malade qui lui dit qu'elle a cédé et qu'elle a mangé « quand elle a vu qu'il était le maître[1] ». Bien souvent des malades m'ont fait des aveux de ce genre, m'ont déclaré qu'elles n'auraient jamais

1. Charcot. — Œuvres, t. III, 243.

cédé devant leur mari, « que pour rien au monde elles n'auraient consenti à marcher, si maman avait pu les voir ».

L'isolement, en un mot, ne consiste pas à laisser le sujet seul, à l'abandonner à lui-même, il est destiné à mettre le malade entre les mains de son médecin, à permettre de le diriger, de le suggestionner plus facilement[1].

C. — INCONVÉNIENTS DE L'ISOLEMENT.

De là aussi la difficulté et souvent l'insuffisance de ce traitement. Si le malade n'est pas suivi dans la maison où il a été isolé par un médecin qui le domine de plus en plus, ou bien si le médecin ne réussit pas à pénétrer le mécanisme moral de ses accidents, le traitement par l'isolement pourra n'avoir aucun résultat favorable. J'ai vu bien souvent des malades, séparés de leur famille, rester des mois ou même des années dans un hôpital ou une maison d'hydrothérapie sans que leurs accidents ou leurs idées fixes soient transformés le moins du monde. Il ne faut pas trop se figurer que l'isolement pur et simple soit une panacée pour les affections hystériques. Il vaut souvent mieux pour une hystérique être bien dirigée en restant dans sa famille, que d'être abandonnée à ses rêves dans un établissement spécial.

Quand l'isolement a duré trop longtemps sans amener d'amélioration, il perd la plupart de ses avantages; le malade qui s'est habitué à sa nouvelle demeure n'a plus aucune émotion et ne fait plus d'efforts pour en sortir. Ce milieu qui était nouveau au début, ne tarde pas à devenir aussi un milieu ancien et habituel; le malade fait des connaissances, il a de nouveau des amis et des ennemis, des habitudes, des préjugés. Il se forme dans les maisons de santé comme dans les internats une vie factice et compliquée qui est à la longue aussi fatigante pour son esprit faible, et aussi dangereuse que la vie normale, et la guérison n'est plus guère avancée par cet isolement qui cesse

1. BABINSKI. — *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, juillet 1891, 24.

d'être réel. Je suis donc disposé à croire que ce traitement ne doit pas être prolongé indéfiniment ; quand il n'a pas amené de résultats nets au bout de trois ou quatre mois, je pense qu'il ne faut pas attendre plus longtemps pour entreprendre des traitements psychologiques plus actifs.

En un mot, l'isolement a une action remarquable sur les accidents hystériques. Dans certains cas, quand il s'agit d'enfants par exemple, ou de malades dont les idées fixes ne sont ni très profondes ni très anciennes, il suffit pour amener une guérison relative. Il est donc juste d'y recourir quand les premiers procédés d'éducation ont échoué, mais souvent chez des sujets plus âgés et dans des cas plus graves, il peut être tout à fait insuffisant.

VI

Le traitement par le sommeil hypnotique.

A. — Importance de l'hypnotisme dans la thérapeutique de l'hystérie.

L'un des procédés qui ont certainement le plus d'influence contre les accidents hystériques graves c'est l'usage méthodique du sommeil hypnotique à la condition que l'on sache en tirer tout ce qu'il est capable de donner, non seulement pour la destruction des émotions persistantes, mais pour la restauration de la sensibilité et de la puissance d'attention. Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur l'hypnotisme, il faut reconnaître que c'est là un modificateur puissant des phénomènes psychologiques, capable de déterminer dans l'esprit, dans les souvenirs, dans les actes, des bouleversements remarquables, or il faut avouer que nous ne possédons guère d'autres agents ayant un pouvoir semblable. Le médecin s'est emparé de tous les poisons qui peuvent modifier puissamment la respiration ou la circulation, et il arrive par son observation, par ses expériences raisonnées, à tirer un médicament de ces

poisons. L'aliéniste doit agir de même avec l'hypnotisme. Il n'a pas le droit de négliger de parti pris un agent aussi puissant et c'est à lui à le rendre inoffensif et utile.

C'est surtout dans la thérapeutique de l'hystérie, que l'hypnotisme a sa place tout indiquée, puisque le somnambulisme a les rapports les plus étroits avec tous les phénomènes hystériques et qu'il a la plus grande influence sur leur apparition ou leurs modifications. Il me semble donc indispensable, dans une étude sur la thérapeutique des hystériques, d'examiner le rôle de l'hypnotisme, de voir ses inconvénients et son utilité[1].

B. — DANGERS IMMÉDIATS DE L'HYPNOTISME.

Tout d'abord il faut examiner quels sont les dangers que présente l'hypnotisation des hystériques, il faut voir s'ils sont suffisants pour faire repousser l'emploi de ce procédé.

On doit d'abord signaler des inconvénients immédiats qui accompagnent plus ou moins souvent les pratiques hypnotiques. Ces dangers immédiats du somnambulisme provoqué, quand il est déterminé, bien entendu, par un médecin compétent, sont, à mon avis, assez minimes.

On peut observer quelquefois des vertiges ou des nausées et il me semble bon, pour éviter cet accident, d'ailleurs rare, de ne pas faire les séances à un moment trop rapproché des repas.

Plus souvent, on observe des maux de tête assez graves, particulièrement pénibles après les premiers essais d'hypnotisation, ou bien quand on reprend les séances après les avoir interrompues quelque temps.

D'autres maux de tête plus violents se présentent quand on lutte pendant l'hypnose contre les idées fixes du sujet et quand on réussit à modifier profondément ses amnésies et ses anesthésies mais ceux-ci ne sont pas dus à l'hypnotisme

1. Il nous est impossible de faire ici l'historique des auteurs qui ont recommandé l'emploi de l'hypnotisme dans la thérapeutique de l'hystérie, cette bibliographie serait énorme et comprendrait à peu près tous les auteurs qui ont parlé de l'hypnotisme.

proprement dit et ils ont plutôt une signification très favorable. Il est rare que ces maux de tête durent plus de quelques heures, on peut les atténuer par la suggestion, et par un ensemble de précautions qu'il faut prendre quand on réveille les sujets.

Un danger un peu plus grave, auquel on est exposé quand on hypnotise certains malades, c'est celui de provoquer une attaque d'hystérie. Non seulement l'émotion peut provoquer l'attaque, mais il y a un rapport si étroit entre l'état psychologique pendant l'attaque et celui qui caractérise le somnambulisme, que le passage de l'un à l'autre est malheureusement trop facile. C'est là un accident gênant plutôt qu'un obstacle véritable. Avec quelques précautions, on peut, sinon supprimer totalement, au moins diminuer ce danger ; ensuite, l'attaque hystérique n'est pas par elle-même bien dangereuse, enfin, dans certains cas, en présence d'accidents qui durent depuis longtemps, il est pas toujours mauvais de provoquer une attaque. Elle peut changer l'orientation de l'esprit, modifier l'état de la sensibilité et de la mémoire ; elle peut surtout, quand on la dirige, devenir le point de départ d'un somnambulisme qui sera plus tard fort utile. En un mot, dans certains cas, bien entendu, je préférerais provoquer une attaque en essayant d'hypnotiser que de n'avoir aucune influence sur le sujet.

Ce qui peut être le plus malheureux, c'est que l'attaque provoquée par l'hypnotisation se reproduise ensuite spontanément. Le fait est bien rare, mais il peut se présenter. Je crois qu'il ne faudrait pas interrompre les séances, mais au contraire les continuer et obtenir le véritable somnambulisme qui servira pour enlever ces attaques surajoutées.

Enfin on a signalé des délires plus ou moins graves survenant à la suite du sommeil hypnotique. Je n'ai jamais vu ce fait, qui doit être infiniment rare, et je crois que pratiquement on ne doit pas en tenir plus de compte que des dangers de mort par le chloroforme.

En un mot, les dangers immédiats qui accompagnent les tentatives d'hypnotisation, lorsqu'elles sont faites d'une façon

convenable, sont suffisants pour justifier certaines précautions, mais sont en réalité d'assez minime importance.

C. — DANGERS ÉLOIGNÉS DE L'HYPNOTISME.

En est-il de même des dangers plus éloignés qui accompagnent l'habitude donnée par un grand nombre de séances de somnambulisme? Je suis loin d'être de cet avis : ces dangers sont sérieux et doivent être mis en balance avec les avantages de l'hypnotisme.

Je ne considère pas comme un danger bien sérieux, cette mauvaise habitude que prendraient certains sujets de s'endormir dès qu'ils fixent une lumière ou un objet brillant. Cela résulte de mauvaises pratiques hypnotiques dans lesquelles on a abusé de la fixation oculaire. On peut l'éviter facilement en cessant d'employer le procédé dès qu'il devient inutile, et en habituant bien le sujet à n'être endormi que par le médecin. D'ailleurs ce sera par l'hypnotisme lui-même, mieux conduit, que l'on guérira cet accident.

Mais plusieurs auteurs et récemment encore M. Jolly, dans les *Archives de psychiatrie*[1], ont soutenu que l'hypnotisme développait l'hystérie qui n'était encore que latente. Je crois cette remarque exacte. Le somnambulisme avec l'amnésie, la division de la conscience qui l'accompagne, est le type des phénomènes mentaux de l'hystérie, à un tel point, comme je l'ai montré bien souvent, que certains hystériques semblent être dans un état de somnambulisme continuel. Développer cet état, c'est préciser, régulariser en quelque sorte l'état hystérique du malade. Cela serait dangereux chez les individus jeunes qui débutent dans l'hystérie et qui n'ont encore qu'à un faible degré les phénomènes subconscients caractéristiques de la maladie. Contrairement à beaucoup d'auteurs qui parlent sans cesse de l'éducation des enfants par l'hypnotisme, je crois qu'il ne faut recourir à ce procédé chez les enfants qu'en cas

1. Jolly. —*Archiv. f. Psychiatrie*, XXV, 3, 1894.

de nécessité absolue. Ce sont d'ailleurs des malades qui se guérissent d'ordinaire facilement par les procédés éducatifs et surtout par l'isolement. Mais quand l'hystérie est évidente, je ne vois pas l'inconvénient du somnambulisme. Ce n'est pas lui qui fait naître une anesthésie, une division de la conscience et des phénomènes subconscients qui existent déjà ; il ne peut que les régulariser et nous permettre de les diriger et de les supprimer.

Pour éviter autant que possible ce danger, qui consiste à développer la prédisposition hystérique par le sommeil hypnotique, il faut prendre une précaution qui a déjà été indiquée cent fois par les anciens magnétiseurs. Il faut se préoccuper beaucoup du réveil des somnambules : bien provoquer ce réveil est l'œuvre essentielle de l'hypnotiseur. Les magnétiseurs disaient qu'il ne faut jamais réveiller un sujet tant qu'il présente un trouble quelconque du mouvement ou de la sensibilité, qu'il faut commencer par faire disparaître tous ces troubles avant le réveil. En tous cas, il faut bien éviter de laisser le sujet encore engourdi et somnolent. Il faut profiter au contraire du somnambulisme pour le réveiller bien complètement, plus qu'il ne l'était avant la séance. On le constatera surtout en examinant la sensibilité et la puissance de l'attention qui doivent toujours, après un somnambulisme, être plus grandes qu'elles n'étaient auparavant.

Une autre remarque, souvent faite, c'est que les sujets souvent hypnotisés et même guéris par cette méthode conservent un besoin curieux du somnambulisme et en même temps une soumission exagérée à leur hypnotiseur. Cette remarque est, à mon avis, très importante, c'est le grand danger, ou plutôt c'est le caractère essentiel, d'un traitement hypnotique[1]. Ce caractère résulte, non de l'hypnotisme lui-même, mais de la faiblesse cérébrale des sujets, qui les rend incapables de se passer de direction, et qui ramène, si on les abandonne trop tôt, toutes leurs anesthésies, toutes leurs idées fixes, tous

1. Pierre Janet. — L'influence somnambulique et le besoin de direction, *Revue philosophique*, février, 1897, p. 113.

leurs accidents ou des accidents équivalents. Cette influence de l'hypnotiseur, c'est précisément le moyen qui nous permet de rendre ces malades raisonnables ; loin de la craindre il faut la souhaiter la plus forte possible, quand la maladie est grave. Il n'en est pas moins vrai que ce phénomène complique le traitement, et nous oblige à certaines précautions. Il faut bien savoir qu'un traitement hypnotique, sauf dans quelques cas exceptionnellement heureux, n'est pas un traitement rapide comme une opération chirurgicale, c'est une *éducation* particulière de l'esprit, qui doit durer un certain temps. Si ce traitement réussit, il ne doit pas être interrompu brusquement, il faut, même après la guérison apparente, répéter les séances en les écartant graduellement. Il est nécessaire, en même temps, de soumettre à un traitement la volonté du sujet pour apprendre à celui-ci à se passer de son directeur. On peut, dans les cas heureux, voir que le sommeil hypnotique devient inutile, et même qu'il disparaît spontanément et ne peut plus être provoqué chez le sujet revenu à l'état normal.

Il résulte de cette étude trop rapide, qu'une séance d'hypnotisme isolée est assez insignifiante, surtout si le sujet est bien réveillé, mais qu'un véritable traitement par le somnambulisme provoqué est une chose assez grave. Un traitement de ce genre ne doit pas être entrepris à la légère, il doit être prolongé jusqu'au bout pour avoir tous ses heureux résultats. Mais je crois cependant que dans des cas nombreux d'hystérie, où des paralysies, des contractures, des attaques, des troubles viscéraux, des idées fixes variées se prolongent pendant des années, empoisonnent la vie et préparent de véritables folies, il forme une ressource extrêmement précieuse, la seule peut-être que nous ayons pour rétablir l'intégrité de l'esprit.

D. — LES SÉANCES D'HYPNOTISME.

La plupart des auteurs qui ont admis l'efficacité de l'hypnotisme sont d'accord pour imposer deux règles, ou deux conditions morales aux séances : 1° on ne doit jamais hypnotiser un

sujet sans son consentement ; 2° on ne doit jamais hypnotiser une personne sans témoins.

La première règle ne soulève pas de difficultés, et cela à cause d'une raison bien simple, c'est qu'il me semble bien difficile de faire autrement. Les cas où l'on pourrait endormir une personne pour la première fois malgré son consentement doivent être assez rares. La question ne pourrait avoir quelque intérêt que dans le cas de délire du malade, et alors, comme dans tout traitement de l'aliénation mentale, le consentement doit évidemment être donné par les personnes qui ont l'autorité morale sur le malade.

Mais la seconde règle soulève des questions beaucoup plus délicates. Il est évidemment utile, et pour le malade et pour le médecin, qu'il y ait des témoins aux séances d'hypnotisme. C'est une sécurité pour le malade qui est, au moins en apparence, abandonné sans défense aux mains du médecin, et c'est une précaution pour le médecin qui, dans des cas de délire hystérique, peut être exposé à toutes sortes d'accusations. Mais on ne s'est pas demandé si l'application de cette règle si simple ne présentait pas en pratique des difficultés. Le sommeil hypnotique est surtout utilisé pour que le sujet exprime ses émotions persistantes, indique leur origine et consente à se laisser imposer des efforts de volonté et d'attention nécessaires pour modifier son équilibre cérébral. Est-il toujours bon qu'il exprime de telles pensées devant des témoins qui sont presque toujours des personnes de sa famille? Est-il prudent d'hypnotiser toujours une fille devant sa mère, une femme devant son mari, et n'est-ce pas refuser au malade le bénéfice du secret médical que de réclamer toujours des témoins? M. le Dr Gibert (du Havre) m'a raconté qu'ayant à soigner une femme enceinte qui délirait depuis le début de la grossesse, il se décida à l'hypnotiser devant son mari. Endormie, elle se hâte de raconter le remords qui la tourmente, et de dire que l'enfant qu'elle porte n'est pas de son mari. J'ai parlé plus haut de cette jeune fille qui resta paralysée six ans à la suite de relations qu'elle avait eues avec son père. Le secret avait été complètement

gardé, et, ne soupçonnant rien moi-même, j'ai hypnotisé la malade devant sa sœur, jeune fille un peu plus âgée qui servait de témoin. A la deuxième séance, sans que j'aie rien pu empêcher, la malade a tout raconté devant sa sœur. Ne valait-il pas mieux, au point de vue du devoir médical, que le médecin fût seul à recueillir de pareils secrets?

Le plus souvent il n'en sera pas ainsi, les secrets seront moins graves, et les malades, même pendant le somnambulisme, conserveront assez de présence d'esprit pour ne rien dire devant un témoin. Mais alors le médecin perd en grande partie le bénéfice qu'il espérait tirer du somnambulisme.

Enfin, il ne faut pas croire que la suggestion hypnotique contre les idées fixes soit toujours facile, que l'on puisse toujours aisément forcer le sujet à faire les efforts d'attention nécessaires pour sentir et se mouvoir, on peut se heurter à des entêtements délirants pendant l'état hypnotique comme pendant la veille et les conséquences n'en sont que plus graves. C'est un principe fondamental en pédagogie que de pareils entêtements sont toujours beaucoup moins graves si l'on parle au sujet seul à seul, et c'est ce que Charcot avait bien compris quand il recommandait l'isolement des hystériques.

Récemment, une jeune fille atteinte de coxalgie et de vomissements hystériques me déclarait pendant le somnambulisme qu'elle n'aurait jamais consenti à replacer sa jambe correctement et à manger sans vomir si sa mère était restée auprès d'elle. Au contraire, elle m'obéissait très facilement quand elle était seule avec moi. Bien souvent, la présence d'un témoin change tout à fait l'attitude des sujets, même quand ils sont hypnotisés. A ce point de vue encore, l'application stricte de la règle rendrait bien souvent l'hypnotisme inutile.

En réalité, de tels scrupules n'existent pas quand on place des aliénés dans une maison de santé, il faut savoir qu'une hystérique est tout aussi bien livrée au médecin quand elle est soi-disant éveillée au lieu d'être endormie, et elle peut tout aussi bien inventer à son propos toutes sortes de rêves. Cependant, on n'hésite pas à laisser le médecin les interroger

sans témoins. Il faut donc que les parents des malades se rendent bien compte d'une chose, c'est que le traitement moral exige, encore plus peut-être que le traitement physique, une grande confiance dans le médecin. Qu'ils en soient prévenus et qu'ils agissent en conséquence. On pourra alors concilier autant que possible les exigences de la prudence et celles du traitement. Des témoins en petit nombre et bien spécifiés assisteront aux séances le plus souvent possible, mais sauront s'écarter quand cela est utile. Leur absence est quelquefois réclamée par les convenances, autant que leur présence peut l'être d'ordinaire.

E. — LES PROCÉDÉS POUR DÉTERMINER L'HYPNOSE.

Ces précautions prises, on cherchera à hypnotiser le sujet, c'est évidemment le point délicat du traitement, et suivant que l'on réussit facilement ou avec peine, tout le traitement est singulièrement modifié. Parmi les hystériques bien caractérisées, un très grand nombre entrent facilement dans l'état somnambulique ; chez d'autres, l'hypnose n'est déterminée que peu à peu et ne devient utilisable qu'après plusieurs séances ; chez d'autres, enfin, il est impossible de réussir. Ces différences tiennent souvent à des changements minimes dans l'état mental, dans le groupement des phénomènes psychologiques, et j'ai vu souvent des hystériques qu'il m'était impossible d'hypnotiser à un moment, devenir quelques semaines ou quelques mois plus tard, sans avoir été soumises à aucune éducation spéciale, très faciles à hypnotiser. Il ne faut donc pas se décourager trop vite, et, quand les essais ont échoué, il ne faut pas les prolonger outre mesure, il vaut mieux les reprendre un peu plus tard dans d'autres circonstances.

On connaît mal les circonstances qui gênent ou qui favorisent le sommeil hypnotique, tout au plus peut-on en remarquer quelques-unes. Il faut autant que possible que le sujet n'ait pas peur du somnambulisme et qu'il sache un peu de quoi il s'agit. Souvent le sujet se prête en apparence à ce qu'on lui

demande et résiste en réalité de toutes ses forces. Une des raisons de sa résistance, c'est souvent parce qu'il a peur de parler pendant le sommeil et c'est un point sur lequel il est bon de le rassurer en lui garantissant, s'il le faut, le secret. L'agitation, les états plus ou moins délirants, l'instabilité trop grande de l'attention gênent beaucoup la production de l'hypnose. Beaucoup de malades, faciles d'ordinaire à hypnotiser, perdent cette propriété dans la journée qui précède une grande attaque, aux époques anniversaires de grandes émotions, pendant des périodes d'agitation délirante.

D'autres circonstances favorisent au contraire l'hypnose. Les hystériques qui ont eu déjà des somnambulismes spontanés ou simplement des attaques avec perte de souvenir, celles qui ont de l'anesthésie avec sensations subconscientes m'ont semblé plus faciles à hypnotiser. En effet, les phénomènes précédents peuvent devenir le point de départ du somnambulisme. J'ai souvent réussi à déterminer cet état en parlant aux malades pendant l'attaque ; en entrant pour ainsi dire dans leur rêve[1] ; d'autre part, les anesthésies donnent naissance à des mouvements subconscients que l'on peut développer et qui deviennent le point de départ des états seconds.

En un mot, sauf chez quelques sujets qui s'endorment immédiatement, nous sommes obligés de procéder par tâtonnements, d'user de tous les procédés bien connus et que je n'ai pas à décrire, de profiter de toutes les circonstances favorables, pour déterminer ces états subconscients dont nous connaissons bien l'importance sans en savoir suffisamment la nature et le déterminisme.

F. — DÉVELOPPEMENT DU SOMMEIL HYPNOTIQUE.

L'hypnotisme une fois produit, il faut chercher à le conserver, il faut habituer le sujet à rester quelque temps dans cet état, à se rendormir facilement par simple suggestion d'une

1. P. Janet. — Histoire d'une idée fixe, *Revue philosophique*, février 1894, p. 125.

façon aussi simple que possible. Il faut aussi étudier soigneusement le réveil, qui est, comme je viens de le dire, la période la plus délicate, la plus fertile en accidents. On peut rappeler à ce propos la règle posée par les anciens magnétiseurs et encore souvent vérifiée, c'est qu'un accident survenu pendant le somnambulisme est ordinairement aggravé si on réveille le sujet et qu'il faut toujours chercher à le faire disparaître avant le réveil. Il est bon à mon avis de laisser reposer les sujets dans un sommeil calme avant de les réveiller et en général de les réveiller lentement. Il faut enfin, je ne reviens pas sur ce point déjà signalé à propos des dangers de l'hypnotisme, obtenir un réveil complet, avec sensibilité et pouvoir de l'attention aussi grands que possibles et en tous les cas plus grands qu'ils n'étaient avant le début de la séance.

Comme beaucoup d'auteurs l'ont remarqué, le sommeil hypnotique, ou tout simplement le sommeil artificiellement déterminé et prolongé, indépendamment de toute suggestion, semble avoir une certaine action sur le système nerveux des hystériques.

Il est certain que l'on note, au réveil d'un sommeil de ce genre ayant eu quelque durée, une modification notable dans la puissance de synthèse mentale, qui permet de diminuer plus facilement les idées fixes, tous les accidents et tous les stigmates. Aussi les anciens magnétiseurs racontent-ils souvent comment ils ont obtenu des guérisons en prolongeant l'état somnambulique, non seulement pendant des heures, mais pendant des jours et même des semaines. J'ai décrit autrefois, en 1889, comment à leur exemple j'avais maintenu une hystérique dans cet état pendant quatre jours et comment j'avais réussi à faire disparaître ainsi une paraplégie extrêmement tenace.

Ces prolongations du somnambulisme provoqué sont beaucoup plus simples et faciles qu'on ne le croirait. Le sujet accomplit ponctuellement pendant cet intervalle tout ce qui lui a été commandé, mange et boit aux heures dites, aussi bien et mieux que pendant la veille, urine et va à la selle de la manière qui lui a été indiquée. Dans l'intervalle de ces actions, il reste parfaitement immobile dans un sommeil profond. Le

réveil ne présente en général pas plus de difficultés et ne laisse après lui qu'un certain degré d'étourdissement qui se dissipe rapidement et après lequel on constate une restauration surprenante de la sensibilité et de toutes les fonctions cérébrales.

Aussi l'importance de ce procédé a-t-elle été facilement remarquée. M. Wetterstrand de Stockholm[1] est revenu à plusieurs reprises sur cette question et a étudié des cas intéressants traités de cette manière. Récemment j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de revenir sur mes anciennes expériences et j'ai pu remarquer que, dans certains cas, cette pratique donne des succès remarquablement rapides. On peut ainsi faire traverser aux malades les périodes où ils ont des attaques, rompre des habitudes pathologiques et surtout triompher de ces résistances, de ces entêtements délirants qui accompagnent souvent les contractures. Je ne puis étudier ici les procédés pour provoquer et prolonger ces sommeils ni les surveillances qu'ils exigent, ni leur durée. Je signale seulement cette question qui, je crois, sera plus tard une des plus importantes dans le traitement des accidents hystériques.

Telles sont les indications les plus générales à propos du somnambulisme provoqué des hystériques, elles sont peu nombreuses, car il est difficile de fixer des règles générales à des pratiques, qui, bien souvent, se modifient beaucoup suivant les malades et suivant mille circonstances particulières.

VII

La suggestion et la dissociation de l'idée fixe.

A. — DISPARITION SPONTANÉE DES ACCIDENTS PENDANT L'HYPNOSE.

Le sommeil hypnotique présente chez quelques sujets une propriété curieuse, c'est que dès qu'il existe, dès qu'il est

1. O. G. Wetterstrand. — Ueber den künstlich verlangerten Schlaf besonders bei der Behandlung der Hysterie. *Zeitschrift f. Hypnotismus*, 1892, p. 17.

assez profond, il fait disparaître momentanément certains accidents.

Ce phénomène se rattache à des lois psychologiques que nous n'avons pas à discuter ici. En fait, certaines anesthésies, des amnésies, des paralysies, des troubles de la déglutition ou de la respiration disparaissent dès que le sujet est en somnambulisme. D'autres accidents qui ne disparaissent pas spontanément peuvent être dissipés par le plus léger effort que l'on commande au sujet. J'ai vu souvent des contractures invincibles pendant la veille, disparaître pendant le sommeil dès que le malade fait un effort pour remuer son membre.

Il ne faut pas être trop fier de ces guérisons qui surviennent si facilement pendant le somnambulisme, car presque toujours les accidents vont réapparaître au réveil exactement tels qu'ils étaient. Mais il faut cependant tirer parti de cette guérison momentanée. On en profitera, bien entendu, dans certains cas pour donner des soins au malade. Quelques malades, que des spasmes ou des vomissements empêchent complètement de se nourrir pendant la veille, peuvent facilement être alimentés pendant le sommeil, et j'ai raconté des cas où des hystériques ont été réellement sauvées par ce procédé. On usera également de cette période, pour déterminer des mouvements des membres paralysés, les exercer le plus possible, rappeler les images motrices, pour diriger l'attention des sujets et les forcer à reprendre la conscience de leurs sensations, etc. Ces précautions n'amènent pas la guérison au réveil, mais conservent l'intégrité de la fonction, préviennent les rétractions et rendent la guérison plus facile.

La prolongation de l'état hypnotique peut, comme on vient de le voir, faciliter ces guérisons spontanées, mais le plus souvent on ne peut guère espérer des modifications aussi faciles et il faut profiter de l'état hypnotique pour ajouter à son action celle d'autres procédés psychologiques.

B. — USAGE DE LA SUGGESTION.

Aussi tous les observateurs ont-ils été naturellement conduits à utiliser un des phénomènes les plus connus du somnambulisme, la suggestibilité. La suggestibilité naturelle des hystériques est, en général, augmentée pendant l'état hypnotique ; nous n'avons pas à étudier ici les variations et les conditions de ce phénomène. Avant d'essayer les suggestions thérapeutiques dirigées contre les accidents, il est bon de vérifier d'abord le degré de la suggestibilité, d'essayer d'abord les suggestions simples purement expérimentales qui réussissent beaucoup plus facilement que les suggestions thérapeutiques, car elles ne se heurtent à aucune idée fixe antagoniste. Je crois donc nécessaire de dresser quelque peu le sujet aux mouvements automatiques, aux hallucinations mêmes. Cela n'est pas sans inconvénients, sans doute, mais le somnambulisme n'a été provoqué que parce que l'état était grave, et on n'aura jamais raison d'un état grave, si on n'a pas un peu rompu le sujet à l'obéissance. En même temps, on s'efforcera d'endiguer en quelque sorte cette obéissance, d'habituer le sujet à ne se laisser endormir que par une seule personne et à n'obéir de cette manière qu'à elle seule. Cette domination exclusive du médecin sera pour le malade le meilleur des préservatifs contre les délires et les accidents de l'hystérie. Il est fâcheux, sans doute, d'établir une domination de ce genre sur un esprit, mais il faut songer que l'hystérique a déjà perdu la liberté de sa volonté et qu'on lui enlève surtout la liberté de divaguer.

Quand de telles suggestions réussissent, on peut en profiter pour donner confiance au sujet, lui montrer que l'on a de la puissance sur son corps et sur son esprit, que l'on peut le modifier et par conséquent le guérir. J'ai vu bien souvent la provocation d'une hallucination ou d'un mouvement automatique, ou bien encore l'expérience facile qui consiste à deviner les pensées d'un sujet par les mouvements subconscients,

étonner les malades, les rendre complètement dociles et préparer d'une façon remarquable leur guérison. On sait encore que nous pouvons facilement ajouter à la suggestion quelques pratiques matérielles destinées à frapper davantage l'imagination : les pilules fulminantes auront toujours une grande place dans cette thérapeutique un peu spéciale, et nous avons aujourd'hui avec les plaques métalliques, les grands aimants, l'électricité, etc., tout un arsenal à notre disposition.

Il serait trop long d'indiquer ici les difficultés ou les dangers de la suggestion, ce sont des questions toutes spéciales. Je rappelle seulement que certains sujets peuvent exagérer la suggestion. Une malade à qui on commande de manger, se met à manger toute la journée ; une autre à qui l'on défend de s'endormir à tout moment, ne s'endort même plus la nuit. Ces excès sont d'ordinaire faciles à restreindre. Plus souvent une suggestion qui est exécutée incomplètement tourmente beaucoup le sujet et détermine de véritables états de confusion mentale. Il suffit d'être prévenu de la possibilité de ces accidents.

Le plus grand danger de ces pratiques, c'est qu'elles peuvent habituer le sujet à cette obéissance passive, lui enlever le contrôle personnel et en un mot augmenter sa suggestibilité déjà trop grande. Il est trop évident que les pratiques les plus utiles poussées à l'excès deviennent dangereuses et qu'il faut absolument éviter de transformer des hystériques en sujets de démonstration et en machines automatiques. Il ne faut pas juger la suggestion d'après quelques exagérations. On cherchera toujours à restreindre cette domination au point strictement nécessaire et l'on complétera toujours ce traitement local par un traitement général dont nous parlerons tout à l'heure. Celui-ci aura pour but d'élargir le champ de conscience, de rétablir les sensibilités et les souvenirs, d'augmenter la volonté et l'attention. Dans un traitement bien dirigé, la suggestion, qui a été d'abord nécessaire, cessera bientôt d'être possible, parce que le sujet aura perdu presque toute sa suggestibilité pathologique.

C. — LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE LA SUGGESTION.

Nous pouvons maintenant essayer quelques suggestions thérapeutiques, en commençant autant que possible par les plus faciles, celles qui ne se heurtent pas directement au symptôme le plus grave. Ne cherchons pas tout de suite à faire marcher l'hystérique paralysée, à interdire les grandes attaques, mais commençons par régler l'alimentation, le sommeil, les occupations du malade, en un mot son hygiène physique et morale. Bien des petits symptômes de l'hystérie, des migraines, des névralgies, des tics, des rêves pourront être facilement modifiés. Certaines fonctions physiologiques, celle de l'estomac, celle de l'intestin, ou même l'écoulement des règles quand il ne s'agit pas de grands accidents viscéraux chez les hystériques anorexiques, pourront être dirigées par la suggestion. Il est inutile d'insister sur des faits qui ont été décrits cent fois : ce sont là les premiers bénéfices que la suggestion peut assez facilement procurer à un grand nombre de malades.

Arrivé à ce point, le médecin n'hésitera pas à attaquer les phénomènes essentiels de la maladie et, par des suggestions appropriées, cherchera à faire cesser les spasmes, les attaques, les paralysies. Je dois dire qu'il réussira quelquefois. Il n'est pas un accident hystérique qui n'ait été souvent guéri de cette façon, les observations publiées à ce propos sont très nombreuses et il serait facile, à propos de chaque phénomène, d'en ajouter de nouvelles. Aussi peut-on dire qu'en présence d'un accident hystérique chez une malade hypnotisée et suffisamment préparée à la suggestion, il est juste d'essayer une semblable thérapeutique.

Malheureusement, je crois aussi que l'on éprouvera bien souvent des mécomptes. Charcot l'avait bien remarqué quand il disait que « la suggestion est un agent difficile à mesurer... et qu'il ne faut pas annoncer avec fracas un résultat qui, peut-être, ne se réalisera pas[1] ». Bien des malades, en effet, qui

1. Charcot. — Leçons du mardi, I, 382.

paraissent tout à fait automates quand on leur suggère des actions indifférentes, résistent complètement à la suggestion dès qu'elle est dirigée contre leurs accidents. D'autres semblent obéir un moment mais ne tardent pas, quelques jours ou quelques heures après, à présenter de nouveau le même symptôme. Enfin un certain nombre semblent guérir de l'accident qu'ils présentaient d'abord, mais ne tardent pas à présenter d'autres symptômes pathologiques qui sont tout aussi graves; ils n'ont plus d'attaques, mais ils ont des délires ou des contractures, et la maladie ne semble guère diminuée.

On comprendra facilement ces résistances et ces rechutes, si l'on veut bien se souvenir de l'étude rapide que nous venons de faire des idées fixes chez les hystériques. Il est rare, disions-nous, que le malade ait l'idée fixe de l'accident lui-même, qu'il soit obsédé, par exemple, par la pensée d'être paralysé ou par la pensée d'avoir des attaques. Le plus souvent de telles idées ne sont que secondaires; elles dépendent d'une autre idée fixe primaire. Celle-ci est un état psychologique très complexe, un état émotif qui est devenu permanent et qui reproduit constamment tous les éléments qui en dépendent, les mêmes troubles de la sensibilité et de la mémoire, les mêmes souvenirs, les mêmes remords, etc. Vous suggérez au malade de n'avoir plus de troubles de la marche et il vous obéit pour un instant, mais le rêve qui a amené indirectement l'abasie subsiste toujours et il va bientôt amener les mêmes conséquences. Si, par des suggestions répétées, vous réussissez à empêcher cet accident particulier de se manifester, la même cause permanente va en déterminer un autre, car elle peut se manifester, comme on l'a vu, de bien des manières.

La suggestion proprement dite, dirigée directement et brutalement contre le symptôme quel qu'il soit, est donc un procédé qui peut être utile et efficace dans bien des cas, mais il est bien souvent insuffisant, parce qu'il ne remonte pas suffisamment à la cause des accidents.

D. — RECHERCHE DE L'IDÉE FIXE PRIMAIRE.

Il faut donc avant tout que le médecin sache bien quelle est, dans chaque cas, l'idée fixe primaire, qu'il puisse reconstituer son point de départ, son évolution, ses principales modifications. Trop souvent les insuccès que l'on éprouve quand on fait usage de la suggestion ne tiennent pas, comme on le croit, à une suggestibilité insuffisante du malade, mais à ce fait beaucoup plus grave, c'est que le médecin n'a pas compris la maladie.

Les procédés de l'écriture automatique, quand ils sont possibles, le somnambulisme lui-même rendent ici de grands services, car ils permettent au sujet de retrouver des souvenirs qu'il a perdus pendant la veille et d'exprimer nettement les idées fixes subconscientes. C'est grâce à eux le plus souvent que l'on pourra reconstituer l'histoire des accidents. Il est surtout important, quand on a affaire à des maladies hystériques déjà anciennes, d'évoquer complètement le souvenir de l'événement initial[1], parce que cette scène initiale joue ordinairement un grand rôle comme élément du délire. Cette première enquête est, par elle-même, de la plus grande utilité pour le malade.

Il est bon quelquefois que le malade comprenne sa maladie, qu'il se rende compte de l'origine des symptômes dont il souffre. Il constate souvent avec surprise qu'un phénomène qu'il croyait purement physique, qu'il rattachait à toutes sortes de lésions des organes, est dû à une rêverie prolongée, à une tristesse, à une mauvaise habitude de sa pensée. J'ai vu souvent cette révélation avoir les meilleurs effets et devenir le point de départ des efforts qui amènent la guérison.

D'autre part, cette recherche et cette expression de l'idée fixe, qui était devenue pour le malade plus ou moins subconsciente, sont pour lui un véritable soulagement. On sait la peine

1. P. Janet. — Automatisme psychologique, 1889, p. 438.

que les esprits faibles ont à garder un secret et leur délivrance quand ils peuvent le confier à quelqu'un. L'expression de l'idée fixe subconsciente est pour l'hystérique comme une confession qui le délivre. C'est ce que deux auteurs allemands, MM. Breuer et Freud, ont justement remarqué ; après avoir vérifié d'une manière fort intéressante mes anciennes études sur les idées fixes subconscientes, ils ont conclu que le meilleur remède de telles idées fixes était de les faire exprimer, de les amener à la pleine conscience. Cela peut être juste dans certains cas, mais malheureusement il ne suffira pas toujours de faire exprimer une idée fixe pour la guérir et il est nécessaire de lutter contre elle d'une manière plus directe.

E. — DISSOCIATION DE L'IDÉE FIXE.

« C'est une grande science, disait Taine, que de savoir oublier. » C'est une science que les hystériques ne possèdent guère ou du moins qu'elles ne savent pas appliquer à propos. Ces malades, qui semblent avoir si peu de mémoire quand il s'agit d'acquérir des connaissances nouvelles, conservent pendant des années, en y pensant nuit et jour, le souvenir de quelque tristesse ou de quelque aventure. Ce serait une découverte précieuse pour la psychiatrie que celle qui nous permettrait de créer l'oubli à volonté. L'importance du sujet donne quelque intérêt à quelques essais encore bien incomplets de thérapeutique par la destruction des souvenirs[1].

J'ai considéré un souvenir, et en particulier une idée fixe, comme une construction, un système composé d'une foule de phénomènes psychologiques associés les uns avec les autres. Les éléments sont : quelques tableaux visuels, des images empruntées aux différents sens, un petit nombre de tendances motrices et surtout des phrases, des mots. Ce sont les mots qui incarnent en quelque sorte l'idée fixe et qui servent souvent à évoquer tout le reste. J'ai cherché à décomposer ce système

1. P. Janet. — Histoire d'une idée fixe, *Revue philosophique*, février 1894, p. 121.

en le démolissant pour ainsi dire pierre par pierre. C'est ce que l'on peut appeler la dissociation de l'idée fixe.

Quand la suggestion est insuffisante pour supprimer complètement tel ou tel élément, il est bon de se servir d'une méthode que l'on pourrait appeler la *substitution*. On peut, par hallucination provoquée, ajouter à ces scènes quelques éléments qui les transforment. J'ai montré ailleurs que ce fut déjà un résultat important quand je parvins à vêtir un cadavre qu'une malade voyait devant elle. J'ai souvent réussi à mettre fin à des obsessions amoureuses en métamorphosant la figure que la malade voyait dans ses rêves. Ce sont surtout les paroles, les phrases, que le sujet répète intérieurement d'une manière automatique, qu'il faut chercher à modifier peu à peu par des procédés variés. Dans certains cas graves, la substitution peut aller plus loin encore et je me suis bien trouvé de suggérer au sujet un accident réel, une contracture par exemple, pour détourner l'esprit de l'idée obsédante. On me permettra de renvoyer, pour l'étude de ces procédés, à quelques observations de traitements et de guérisons de ce genre que j'ai exposées avec détails.

Grâce à des dissociations de ce genre, à des suggestions variées faites pendant le somnambulisme au moment où l'on atteint les phénomènes subconscients, on arrive à transformer et à détruire l'idée fixe primaire. Si l'on a réussi, on constate rapidement que les accidents apparents disparaissent spontanément parce qu'ils ne sont plus entretenus par cette idée fixe. Les stigmates eux-mêmes, et en particulier l'amnésie continue, disparaissent quand l'attention n'est plus absorbée par un rêve subconscient[1].

Cette lutte contre l'idée fixe primaire me paraît une chose utile dans le traitement de certains accidents hystériques ; elle est quelquefois facile, mais souvent, quand l'idée fixe est ancienne, elle présente les plus grandes difficultés. Souvent la résistance des sujets est extrême et la destruction de cette idée

1. P. Janet. — Amnésie continue, *Revue générale des sciences*, 30 mars 1893, p. 167.

s'accompagne de maux de tête et de souffrances curieuses. Elle doit cependant être poursuivie autant que possible, et c'est dans cette voie, dans la recherche des procédés pour détruire les états émotifs qui persistent automatiquement, que seront faites les recherches les plus utiles pour la thérapeutique mentale.

VIII

Traitement de la faiblesse mentale.

A. — LES RECHUTES.

Au premier abord, la destruction de l'idée fixe principale par l'un des moyens précédents semble avoir un résultat merveilleux. Le sujet, quelque temps après le réveil, car il y a souvent à ce moment une période de fatigue, éprouve un grand bien-être ; non seulement il est débarrassé de ses accidents, de ses idées fixes et de tous ses stigmates, mais il se sent plus énergique, plus attentif, plus intelligent et plus heureux. Malheureusement, cette période, que j'ai désignée sous le nom de période d'influence somnambulique, ne se prolonge guère. Il est bien rare que la guérison soit immédiate et définitive. Au bout d'un certain temps, quelques jours ou quelques semaines suivant les cas, on voit le sujet s'assombrir, se fatiguer, reprendre ses stigmates et, au bout d'un certain temps, si on n'intervient pas, ses idées fixes et ses accidents.

B. — LA PASSION SOMNAMBULIQUE.

Ces rechutes semblent fréquemment se compliquer par un besoin très intense qu'éprouve le sujet, celui d'être hypnotisé de nouveau, d'être de nouveau commandé, suggestionné par la personne qui l'avait guéri précédemment. C'est ce sentiment, analogue à bien des points de vue à la morphinomanie, que j'ai étudié sous le nom de *passion somnambulique*[1]. Il se

1. P. Janet. — L'influence somnambulique et le besoin de direction (*Communication*

dissipe d'ordinaire après quelques jours de malaise, si on n'y obéit pas ; mais il peut amener quelquefois, quand il n'est pas satisfait, des troubles assez graves. Si on hypnotise le sujet, on peut en général assez facilement faire disparaître les idées fixes anciennes ou nouvelles qui ont réapparu, et de nouveau le sujet entre dans la période de bien-être, *période d'influence somnambulique* pendant laquelle n'existent plus ni stigmates ni accidents, mais pour retomber bientôt dans la passion somnambulique. Chez quelques sujets, ces périodes sont si courtes qu'il faudrait hypnotiser le sujet tous les jours pour qu'il restât bien portant et raisonnable. On connaît cette anecdote rapportée par Charcot : une jeune fille atteinte de mutisme hystérique semblait facilement guérie par la suggestion hypnotique, mais cessait rapidement de parler et il fallait recommencer toutes les deux heures. De tels traitements sont impraticables et inutiles. Chez d'autres sujets, surtout quand on a soigneusement recherché l'idée fixe primaire et qu'on l'a détruite autant que possible, les périodes d'influence sont beaucoup plus longues et remplissent plusieurs semaines. Mais en réalité des rechutes semblables ou un peu différentes se manifestent également d'une façon périodique. Ce fait a été souvent remarqué d'une façon plus ou moins nette, et c'est pour cela qu'on a souvent accusé les traitements psychologiques d'être inutiles.

Ce caractère ne dépend pas, à mon avis, du traitement psychologique, il dépend essentiellement de cet autre grand symptôme de l'état mental hystérique, l'*affaiblissement de la synthèse mentale*. L'idée fixe guérie, l'esprit n'en reste pas moins trop suggestible et trop faible pour que le sujet puisse vivre d'une vie indépendante. Cette faiblesse cérébrale est souvent primitive, antérieure à tout accident hystérique, et alors il est tout naturel qu'elle subsiste même après la suppression des états émotifs persistants ; elle est aussi le résultat

au Congrès de psychologie de Munich, 1896). *Revue philosophique*, février 1897 p. 113. — Névroses et idées fixes, 1898, p. 123.

de cette persistance de ces mêmes états émotifs qui ont affaibli l'esprit par leur répétition. L'activité cérébrale se relève évidemment après la suppression de cet obstacle, c'est ce qui amène la disparition momentanée des anesthésies, mais ce relèvement est insuffisant. L'esprit ne sait plus adapter sa conduite aux circonstances nouvelles, il ne sait se résoudre à rien et il a continuellement besoin d'être commandé. Aussi la première émotion, la première difficulté de la vie donne lieu à de nouveaux phénomènes automatiques, à de nouvelles idées fixes. C'est pourquoi il faut, dans le traitement, se préoccuper aussi de cette faiblesse mentale et ne pas se borner à la suggestion contre les idées fixes.

C. — LA PLACE ET LE RÔLE DU TRAITEMENT PHYSIQUE DE L'HYSTÉRIE.

C'est ici, à mon avis, que devrait prendre place l'étude du traitement physique de l'hystérie dont je n'ai pas à parler. On se figure d'ordinaire que les traitements physiques, hydrothérapie, toniques, etc., recommandés dans l'hystérie, sont destinés à agir contre les accidents proprement dits, attaques ou paralysies. Je crois qu'il n'en est rien et qu'une attaque qui dépend le plus souvent d'une idée fixe émotionnelle se reproduisant d'une façon plus ou moins consciente, n'est aucunement modifiée par les douches. J'ai vu trop souvent des accidents hystériques persister indéfiniment malgré tous les traitements physiques.

Mais ces traitements sont loin d'être inutiles : ils exercent une action incontestable sur la santé générale et, en augmentant la force du système nerveux, développent la synthèse mentale et la puissance de résistance à l'automatisme. Grâce à eux, le sujet, débarrassé de ses idées fixes par d'autres méthodes, sera de moins en moins exposé aux rechutes.

Je n'ai pas à étudier ici la valeur des différents traitements physiques. Je ferai seulement remarquer qu'il ne faut pas considérer comme physiques des traitements qui, comme les

exercices gymnastiques du membre parésié, l'application de plaques métalliques, d'aimants, les diverses excitations de la sensibilité etc., n'agissent probablement que d'une manière morale. En outre, il serait bon de déterminer la valeur de ces traitements en mesurant l'augmentation de l'attention, la diminution de la suggestibilité qu'ils déterminent. C'est-à-dire que des études morales sont nécessaires pour suivre l'action de ces traitements et déterminer les plus utiles.

D. — LE SOMMEIL ARTIFICIELLEMENT PROLONGÉ.

A ces divers traitements physiques j'ajouterai seulement une indication relative à un traitement dont j'ai déjà dit quelques mots à propos du sommeil hypnotique : je veux parler de l'influence considérable que peut avoir sur certains malades un sommeil artificiellement prolongé. On sait que, souvent, ce n'est pas toujours vrai ; les hystériques qui ont des accès de sommeil survenant naturellement et se prolongeant quelques jours se réveillent avec une notable amélioration de leur état. Elles sont moins engourdies, moins anesthésiques et présentent moins d'accidents. Je me souviens, en particulier, d'une malade qui présentait un état de délire maniaque fort grave, des contractures, des anesthésies très étendues, état que nous ne parvenions pas à modifier et qui se prolongeait pendant plusieurs mois. Spontanément, la malade entrait dans un état léthargique qui durait une dizaine de jours, puis se réveillait sans délire, sans contractures et sans anesthésies. Le même fait avait été observé plusieurs fois déjà chez cette malade, les grands accidents hystériques disparaissaient chez elle à la suite d'un sommeil prolongé.

D'autre part, dans mes anciennes expériences sur la restauration des sensibilités chez les hystériques, j'ai souvent observé qu'après un sommeil profond de quelque durée, plus ou moins long suivant les sujets, les diverses sensibilités réapparaissaient d'une manière complète. Aussi ai-je été amené à rechercher les effets d'un sommeil très prolongé, non

seulement sur les idées fixes des malades, mais sur l'état de leur sensibilité et sur leur activité cérébrale. J'ai pu noter à diverses reprises des résultats remarquables non seulement au point de vue psychologique, mais même au point de vue physique. Une jeune fille de dix-sept ans, atteinte de contracture de la hanche gauche, coxalgie hystérique, anesthésique du côté gauche, présentait en outre un délire d'opposition tel que, pendant la veille, il était impossible d'obtenir d'elle la moindre obéissance, le moindre effort d'attention. En outre, elle mange peu, digère difficilement, présente beaucoup de constipation et ne rend dans la journée que 300 grammes d'urine, ne contenant que 5 grammes d'urée. Je puis l'endormir profondément et la laisser endormie : au bout de quelques heures de ce sommeil je puis déjà me faire obéir et régler sa conduite. Je lui commande de rester endormie très profondément, de ne remuer qu'au moment où on lui apportera à manger et au moment où elle aura besoin d'aller à la garderobe. Pendant le premier jour, on note qu'elle mange beaucoup mieux, mais qu'il n'y a aucune autre modification. Le second jour, au lieu de l'anurie précédente, elle présente de la polyurie et rend 3 litres d'une urine très claire contenant 27 grammes d'urée. Le troisième jour, il n'y a plus que 1 500 grammes d'urine normale avec 21 grammes d'urée et les selles sont normales. Le quatrième jour la malade se réveille spontanément de la manière la plus naturelle, sans coxalgie et sans aucun stigmate hystérique, et elle reste deux mois sans rechute. Je ne puis discuter ici cette méthode qui ne repose que sur un très petit nombre d'expériences, quoiqu'elle ait été déjà mieux étudiée par M. Wetterstrand. Je ne discute pas l'interprétation des phénomènes, ni l'influence qu'a pu avoir le sommeil prolongé sur ces cerveaux engourdis par épuisement. Il me suffit de signaler ici cette méthode de traitement en grande partie physique, en partie psychologique, qui peut dans certains cas jouer un grand rôle.

E. — L'ÆSTHÉSIOGÉNIE.

Parmi les traitements qui sont dirigés contre l'affaiblissement des fonctions cérébrales dans l'hystérie, l'un des plus anciens et des plus importants a pour but de restaurer la sensibilité de ces malades. L'anesthésie en effet est un des symptômes essentiels de l'hystérie, elle accompagne très souvent les accidents, elle peut les précéder, et elle peut survivre à leur disparition. « Un hystérique n'est complètement guéri, disait Charcot, qu'au moment où toute trace d'anesthésie a disparu. » Aussi recherchait-il tous les procédés capables de raviver les sensations affaiblies, les images en apparence effacées : « La répétition des exercices dynamométriques, disait-il à propos du traitement de la paralysie hystérique, a pour effet de raviver dans les centres la représentation motrice, condition préalable de la mise en jeu de tout mouvement volontaire », et il insistait pour que le malade, en faisant ces exercices, fît bien attention à ce qu'il sentait, se rendît compte des diverses sensations éprouvées dans ses muscles.

Mais au lieu de chercher à restaurer particulièrement la sensibilité d'une partie du corps où siège l'accident, on peut chercher d'une manière générale à rendre toutes les sensibilités de l'hystérique normales. La première remarque capitale à faire à ce propos, c'est que cette restauration momentanée de toutes les sensibilités est en général possible, même chez les malades les plus anesthésiques. Cette constatation essentielle a été faite à plusieurs reprises par les anciens magnétiseurs à qui il faut savoir rendre justice, elle a été le point de départ d'une des études les plus importantes sur la thérapeutique des hystériques, celle de M. Burq et de ceux qui avec lui ont étudié la métallothérapie. C'est également ce fait qui a rendu possibles la plupart de mes anciennes études qui avaient pour but de déterminer les modifications provoquées chez des hystériques anesthésiques par la restauration de toutes les sensibilités[1].

1. P. Janet. — Automatisme psychologique, 1889, p. 178. Cf. *ibid*, p. 114.

La seconde remarque, qui a frappé tous ceux qui se sont occupés de ces phénomènes d'æsthésiogénie, c'est qu'un très grand nombre des accidents hystériques disparaissaient quand le sujet était dans ces états où toutes ses sensibilités étaient restaurées. « Pendant les crises (c'est-à-dire pendant ces états particuliers, écrivait Despine (d'Aix), la sensibilité est partout comme elle était dans l'état primitif de santé... et en même temps Estelle (une jeune fille atteinte de paraplégie hystérique) peut courir et nager[1]... ». C'est sur ce point que Burq insistait avec beaucoup de force. « L'anesthésie et l'amyosthénie qui en dépend, disait-il, exercent une influence prépondérante sur tous les autres symptômes, y compris les troubles gastriques et tous les désordres consécutifs dans la nutrition et dans les sécrétions. Lorsque nous sommes devenus maîtres avec nos armatures (métalliques) de la sensibilité et de la force musculaire des sujets, il nous a été donné de les faire disparaître ou revenir à volonté[2]... Les contractures n'échappent pas plus que les attaques et les spasmes de toutes sortes, que les névralgies et les troubles intellectuels, à cette prédominance[3]. » J'ai décrit moi-même à plusieurs reprises comment les paralysies et les contractures disparaissent dans ces états où le rétablissement de la sensibilité est parfait[4]. Mais j'ai étudié surtout comment les phénomènes anormaux d'ordre psychologique, les amnésies, les suggestions, les idées fixes, les actes subconscients, le dédoublement de la personnalité, disparaissaient à ces moments où la restauration de la sensibilité semble accompagner une restauration de la pensée tout entière[5].

Mon frère, le Dr Jules Janet, à qui j'avais montré ces phénomènes, a cherché à appliquer les mêmes procédés aux

1. Despine d'Aix. — Traitement des maladies nerveuses par le magnétisme, 1840, p. 61, 195 et *passim*.

2. D. Burq. — Des origines de la métallothérapie, 1882, p. 42.

3. Idem. — *Ibid.*, p. 67.

4. En particulier : Accidents mentaux des hystériques, 1893, p. 123.

5. Voir ces études dans l'Automatisme psychologique, 1889, p. 87, 105, 178, 344 et *passim*.

troubles viscéraux. Il montra, à propos d'un cas grave d'anorexie hystérique, que les spasmes de la bouche, de la langue, du pharynx, de l'œsophage disparaissaient, que la malade pouvait déglutir, quand on rendait la sensibilité à ces organes, que l'on pouvait faire cesser les vomissements hystériques, les spasmes de l'abdomen, la constipation, la rétention d'urine, en dirigeant sur les divers organes l'attention de la malade et en réveillant par ce moyen les sensibilités. Ces études furent communiquées à maintes reprises à la *Société clinique de Paris* et à la *Société de psychologie physiologique*. On trouve le résumé malheureusement beaucoup trop bref de ces longues communications, dans le *Bulletin médical*, 1888-1889, dans la *France médicale*, 6 avril 1889, dans la *Revue scientifique*, 1888, I, 616. « On se croirait, dit-il, à propos d'une malade mise dans un état de ce genre, en présence de l'état de veille d'une personne saine. L'observateur le plus exercé ne pourrait maintenant distinguer W... d'une personne normale non hystérique. Nous n'avons plus devant nous une névropathe, une incomplète, mais bien une jeune femme jouissant de toute la plénitude de ses fonctions nerveuses, nous donnant la mesure de ce que valent ses centres nerveux qui, somme toute, sont sains et normaux[1]. »

Comment faut-il interpréter et comment peut-on produire de semblables états dont l'utilité sera évidemment si grande pour le traitement de l'hystérie? Les anciens magnétiseurs obtenaient ces états au moyen de leurs pratiques variées et surtout de leurs passes et les considéraient comme des somnambulismes. J'ai pendant longtemps suivi leur exemple et décrit ces états chez les hystériques sous le nom de *somnambulisme complet*. Cette dénomination me paraît pouvoir se justifier. D'abord il est souvent utile, quoique ce ne soit pas toujours indispensable, de déterminer d'abord un état hypnotique qui servira de point de départ pour faire naître ensuite ces états plus complets. Ensuite, ces états ne peuvent pas

1. Jules Janet. — L'hystérie et l'hypnotisme, *Revue scientifique*, 1888. I, p. 618.

d'ordinaire, au moins chez les sujets très malades, se prolonger indéfiniment, devenir permanents[1]. Ils se terminent plus ou moins rapidement par le retour à l'état habituel du sujet. On note alors un fait très important, c'est que le sujet, revenu à un état moins complet, présentant de nouveau des anesthésies, ne garde aucun souvenir de l'état précédent plus complet et qu'il ne retrouve ses souvenirs qu'en rentrant dans ce même état, en retrouvant toutes ses sensibilités. En un mot, tant que le sujet reste atteint d'hystérie, tant qu'il est capable de devenir de nouveau anesthésique, cet état complet se présente tout à fait avec les caractères d'un somnambulisme.

Mais j'ai beaucoup insisté pour montrer que cet état n'était anormal qu'en apparence et qu'il ne prenait l'aspect d'un somnambulisme que par rapport à l'état habituel de ces sujets, à leurs anesthésies et aux amnésies qui en dépendent. « Si nos sujets ne conservent pas le souvenir de ces somnambulismes, c'est qu'ils ne reviennent pas à la santé parfaite et qu'ils conservent toujours des anesthésies et des distractions plus ou moins visibles ; s'ils guérissaient radicalement, s'ils élargissaient leur champ de conscience jusqu'à embrasser définitivement dans leur perception personnelle toutes les images, ils devraient retrouver tous les souvenirs qui en dépendent et se rappeler complètement même leurs périodes de crises ou de somnambulisme... Le retour complet des souvenirs (portant sur les somnambulismes et les actes subconscients) fournirait un signe curieux de la guérison complète de l'hystérie[2]. » « Cet état de somnambulisme complet est tout simplement la vie normale telle que le sujet devrait la présenter continuellement s'il n'était pas malade... Ce sont ces chutes, ces retours à l'état d'anesthésie qui donnent aux périodes normales l'aspect de somnambulismes[3]. » Il est donc difficile, tant que le sujet est malade, de séparer complètement cet état des somnambulismes et il sera souvent

1. P. Janet. — Automatisme psychologique, 1889, p. 135.
2. Id. — Automatisme psychologique, 1889, p. 343, 344.
3. Id. — Accidents mentaux des hystériques, 1893, p. 225.

utile pour l'obtenir d'hypnotiser au préalable les sujets.

D'autres auteurs ont obtenu d'une autre manière cette restauration complète et momentanée de toutes les sensibilités. Ils soumettaient les régions anesthésiques à des excitations variées au moyen de l'électricité statique, de courants galvaniques ou faradiques, des pratiques du massage.

On appliquait sur le corps, à l'exemple d'ailleurs des anciens magnétiseurs, des aimants puissants de formes variées. Enfin, Burq et ceux qui ont étudié avec lui la métallothérapie appliquèrent sur le tronc et sur les membres des plaques métalliques ; ils avaient remarqué que tous les malades ne paraissaient pas sensibles au même métal, que chez l'un on ramenait la sensibilité par l'application d'une plaque de cuivre, chez l'autre il fallut user de plaques de fer, ou de plaques d'or, etc. Il faut à ce propos faire une première remarque incontestable, c'est que chacun de ces procédés compte des succès, et par conséquent, le cas échéant, quand on rencontre des difficultés, on peut recourir successivement à toutes ces méthodes qui peuvent avoir toutes le même effet. Ce premier point admis, il est juste de remarquer que, dans bien des cas, ces auteurs ont dû se faire illusion sur le mode d'action de ces procédés. Il est possible que, chez plusieurs d'entre eux, l'électricité surtout et le massage aient une influence directe et excitent directement les centres sensoriels en faisant naître un grand nombre d'impressions assez vives.

Mais le plus souvent ces procédés agissent d'une manière indirecte. Pour le comprendre, au lieu d'une plaque de fer, mettons simplement sur la main anesthésique un pain à cacheter de couleur et prions le sujet de le laisser collé à cette place. Au bout d'un temps plus ou moins long suivant les cas, quelquefois à la suite de sensations anormales, de démangeaisons, de fourmillements, très souvent sans que le sujet se soit aperçu de la transition, la main sera devenue sensible [1]. Il est probable que dans ce cas le pain à cacheter a simplement

1. P. Janet. — Stigmates mentaux des hystériques, 1893, p. 26.

servi à attirer, à fixer l'attention du sujet sur sa main. Si l'anesthésie avait été tout à fait indépendante de l'attention du sujet, cet effort d'attention n'aurait eu aucun effet. Mais comme l'anesthésie hystérique dépend d'un engourdissement des fonctions supérieures des centres corticaux, qu'elle a les rapports les plus étroits avec les phénomènes de perception personnelle, de conscience réfléchie, d'attention, etc., cet effort suffit pour la modifier. On peut supposer qu'il en a été ainsi dans la plupart des cas où l'on a rendu la sensibilité par l'usage des aimants ou des métaux, tout en ne niant pas la possibilité d'une action spéciale de ces procédés sur le système nerveux, action qui est loin d'être aujourd'hui démontrée.

Nous pouvons donc réserver pour ces cas particuliers, quand les méthodes ordinaires auront échoué, quand nous espérerons frapper davantage par ces procédés l'esprit des malades, l'usage des aimants et des plaques métalliques. Nous nous bornerons à attirer l'attention des sujets sur les régions anesthésiques par tous les moyens les plus simples, la suggestion, l'exhortation verbale, la description des sensations qu'ils doivent éprouver, le mouvement et le massage de la région [1]. Il est bon de procéder lentement et avec méthode, d'attirer l'attention sur une partie du corps, puis sur une autre, de rétablir successivement les diverses sensibilités suivant un ordre déterminé variable, suivant l'état d'esprit de chaque sujet. Cet ordre d'ailleurs et les diverses manifestations, secousses, contorsions, ou au contraire, soupirs et périodes de sommeil plus ou moins courtes précédant le retour de chaque sensibilité, sont excessivement variables et dépendent énormément du dressage des sujets. Une seule chose est assez fréquente, sans être générale, et il est bon d'en être prévenu, c'est que les grandes modifications de la sensibilité chez les hystériques déterminent chez certains sujets de violentes douleurs de tête. Nous ne pouvons ici discuter leur nature ni le siège de ces douleurs, très variable d'ailleurs sui-

1. P. Janet. — Contractures hystériques des muscles du tronc et leur traitement *La France médicale*. 6 décembre 1895.

vant les idées du sujet, et même suivant celles de son médecin. Il ne faut pas trop redouter ces douleurs, qui sont souvent suivies d'une amélioration manifeste, il ne faut pas non plus les rendre trop violentes, et, quand elles se présentent, il faut attendre un peu, laisser le sujet se reposer et ne terminer qu'en plusieurs séances la restauration de la sensibilité. Dans certains cas j'ai dû ajouter aux pratiques précédentes l'usage de l'excitation par l'électricité. Enfin, si toutes ces opérations peuvent être faites avec succès pendant la veille des malades, il est évident, d'autre part, qu'elles sont beaucoup plus faciles et plus rapides pendant le somnambulisme provoqué. Dans beaucoup de cas j'ai dû commencer par provoquer le sommeil hypnotique, afin de rendre le sujet plus suggestible et de diriger plus facilement son attention avant de chercher à restaurer les sensibilités par les méthodes précédentes.

Telles sont les méthodes d'æsthésiogénie qui se sont peu à peu simplifiées, et qui me servaient comme à beaucoup d'autres auteurs pour déterminer l'état de « somnambulisme complet ». Il est évident que la production d'un état semblable joue un grand rôle dans le traitement de l'hystérie, puisqu'il suffirait pour guérir ces malades « de les laisser indéfiniment dans cet état[1] ».

F. — RÉSULTATS DE L'ÆSTHÉSIOGÉNIE.

Malheureusement cette guérison, en apparence si complète et si facile, n'est pas toujours de longue durée. Burq avait déjà étudié l'anesthésie de retour après l'usage des plaques métalliques et j'ai insisté autrefois sur l'amnésie qui accompagne cette anesthésie de retour. On est donc obligé de recommencer l'usage des mêmes pratiques, qui d'ordinaire, il est juste de le remarquer, ont un effet plus facile et plus rapide quand le sujet est accoutumé à leur usage. Mais les rechutes n'en sont pas moins perpétuelles, à peu

1. P. Janet. — Automatisme psychologique, p. 135. Cf. Jules Janet, *Revue scientifique*, 1888, I, 618.

près comme on l'observe chez les sujets dont on a cherché à modifier les idées fixes.

Dans bien des cas ces rechutes, ces réapparitions de l'anesthésie et des accidents hystériques sont déterminées par la reproduction de certains états d'émotion systématique analogues à des idées fixes ; ils répètent sans cesse une des émotions graves qui ont marqué le début de la maladie et qui viennent de nouveau dissocier l'activité cérébrale dont l'unité a été si péniblement restaurée. L'æsthésiogénie ne doit donc pas nous empêcher de nous préoccuper de ces idées fixes, qui jouent un rôle considérable et bien souvent les méthodes précédentes dirigées contre l'idée fixe elle-même devront être associées aux pratiques æsthésiogéniques.

Une des grandes difficultés que rencontre l'emploi des pratiques æsthésiogéniques, c'est la faiblesse de l'attention des malades. S'ils ne reprennent pas la conscience de leurs sensations, c'est qu'ils ne peuvent pas faire les efforts d'attention suffisants. S'ils perdent certaines sensations quand ils en ont recouvré d'autres, c'est qu'ils ne sont pas capables de conserver à la fois dans leur conscience un si grand nombre de phénomènes, quelles que soient d'ailleurs la nature et la localisation de l'engourdissement cérébral qui détermine cette impuissance. Il serait donc important de pouvoir réveiller chez l'hystérique non seulement la sensibilité, mais la fonction de l'attention et de la synthèse mentale.

G. — Éducation de l'attention.

Pour développer une fonction, nous n'avons guère à notre disposition qu'un moyen pratique : c'est l'exercice, la gymnastique. On sait l'influence énorme que ces procédés ont sur les fonctions motrices, on n'ignore pas qu'ils peuvent avoir la même action sur les fonctions intellectuelles. L'éducation des imbéciles et des idiots en est une preuve saisissante. Pourquoi n'arriverait-on pas à transformer de même des malades atteints, eux aussi, d'une sorte d'imbécillité morale ?

Mais il faut que le traitement gymnastique porte exactement sur le point lésé. Il ne s'agit pas d'infirmité sensorielle ni d'insuffisance de la mémoire automatique : ce sont des imbécillités de la *volonté*, de l'*attention*, du *jugement*, de toutes les fonctions de *synthèse mentale*.

Sans doute on peut soumettre ces fonctions à une éducation simple et générale, exercer la volonté, exiger quotidiennement des efforts gradués. Faute de mieux, la gymnastique proprement dite et les travaux physiques auront une heureuse influence et on pourrait certainement développer ces exercices dans un sens utile.

Mais ces efforts sont, à mon avis, insuffisants ; ces travaux sont pour la plupart faciles, toujours les mêmes et permettent le développement si dangereux de la rêverie, de l'automatisme cérébral ; ne peut-on pas agir d'une façon plus directe?

Il existe à propos de la plupart des névroses un préjugé fort tenace. On croit que ces esprits faibles et en apparence surmenés ont besoin de repos, et on leur prescrit une inaction absolue qu'ils acceptent très volontiers. Cette opinion peut être souvent juste et, dans bien des cas de neurasthénie vraie, déterminée évidemment par un travail cérébral excessif, la préparation d'un concours, par exemple, le repos du cerveau aussi complet que possible deviendra nécessaire. Mais en est-il ainsi chez les hystériques, chez ces psychasthéniques obsédés que l'on prend à tort pour des neurasthéniques? Ces individus ne font rien depuis des années, ils ne savent que rêver continuellement.

Est-ce qu'une inertie cérébrale aussi prolongée n'est pas aussi dangereuse que l'immobilisation indéfinie d'un membre après une entorse, ou une fracture? C'est ce que j'ai pensé et c'est ce que j'ai voulu vérifier par l'expérimentation. Depuis plusieurs années j'ai essayé de soumettre des hystériques à une méthode de traitement qui consiste à les faire travailler cérébralement d'une manière régulière, comme des enfants à l'école.

Je ne puis indiquer ici les détails et les difficultés souvent

considérables de ce traitement[1], je les signale en deux mots. Il est bien difficile de les faire accepter par le malade et même par son entourage qui préféreraient infiniment une potion bien compliquée. Il est délicat de choisir la nature de ces travaux. Ils ne doivent pas être trop faciles et dégénérer en simples exercices de mémoire automatique ; ils doivent nécessiter un effort d'attention et ne pas permettre la rêverie. D'autre part, le travail ne doit pas être trop pénible, trop dépourvu d'intérêt pour le malade. Ils ne doivent pas être trop prolongés, surtout au début, où un quart d'heure d'attention peut déterminer des migraines ou des attaques. Enfin de tels travaux demandent une surveillance et un dévouement constant de la part de celui qui se fait l'instituteur de ces esprits malades.

Dans des circonstances favorables, j'ai pu me faire comprendre par la mère ou par le mari des malades qui ont exécuté l'ordonnance d'une façon intelligente. J'ai pu faire faire aux malades, d'une façon graduelle, des études d'histoire, des traductions de langues étrangères, de la peinture, de la musique, etc., et j'ai obtenu dans bien des cas des résultats curieux et encourageants.

De telles pratiques imposent d'abord au malade une vie réglée, dont tous les instants sont occupés par un travail ou par une action déterminée à l'avance. Les malades perdent l'habitude de cette existence « oisive et monotone qui, comme dit Lasègue, se prête merveilleusement au libre jeu des imaginations déréglées[2] ».

Tous les phénomènes psychologiques qui dépendent de la synthèse mentale s'accroissent évidemment, et l'on voit parallèlement les anesthésies disparaître, la suggestibilité décroître. J'ai vu bien souvent des hystériques traitées de cette manière, reconnaître elles-mêmes le début des idées fixes, les arrêter par un effort, par un travail qui fait diversion, tandis que quelques mois auparavant il aurait fallu les traiter par la suggestion hypnotique.

1. Cf. P. Janet. — Histoire d'une idée fixe, l'éducation de l'esprit, *Revue philosophique*, février 1894, 151.

2. Lasègue. — Études, I, 608.

Dans ces cas les rechutes deviennent plus rares et il devient facile d'écarter les séances d'hypnotisme et les séances d'æsthésiogénie. On peut habituer les sujets à rester sans accidents pendant des semaines, et on ne les endort que de temps en temps, à la fois pour surveiller l'apparition de quelque nouveau rêve subconscient et pour encourager les sujets dans leurs efforts.

Dans certaines observations particulièrement intéressantes, j'ai même vu disparaître l'aptitude à l'hypnotisme, comme beaucoup d'anciens magnétiseurs l'avaient déjà remarqué autrefois. Mais ce retour complet à l'unité de l'esprit, qui nous montre la disparition complète de l'hystérie, est fort rare. Le plus souvent le somnambulisme reste encore possible, quoiqu'il devienne peu à peu inutile. C'est par des traitements de ce genre que l'on évitera les inconvénients de la passion somnambulique qui sont dus, à mon avis, à une interruption trop brusque de la direction chez des malades dont l'esprit est resté trop faible.

Il faut reconnaître qu'il est aujourd'hui fort difficile d'organiser des traitements de ce genre. Dans les hôpitaux ou dans les maisons de santé où l'on place les hystériques, on se préoccupe de leurs médicaments et de leurs douches, mais on néglige absolument tout ce qui concerne leurs occupations et leur travail. Des établissements de ce genre devraient être avant tout, à mon avis, des maisons d'éducation : ce que Bourneville a si bien compris et si heureusement réalisé pour les imbéciles et les idiots devrait être fait également pour les hystériques, et le succès serait encore plus net et plus facile.

IX

Le besoin de direction.

A. — SIMPLICITÉ DE LA VIE.

Quels que soient les progrès que puissent réaliser ainsi quelques malades, la plupart des hystériques n'en restent pas

moins des infirmes. Pour que leur cerveau puisse suffire à sa tâche, il faut les placer autant que possible dans des conditions particulières.

« Le vrai remède des hystériques, disait Briquet[1], c'est le bonheur. » Cela est profondément vrai, mais il faut entendre quel est le bonheur qui convient à un hystérique. Je le résumerai en un mot, c'est la *vie facile* dans laquelle tous les problèmes de la famille, de l'amour, de la religion, de la fortune sont réduits au minimum, dans laquelle sont soigneusement écartées les luttes de chaque jour toujours nouvelles, les préoccupations de l'avenir, et les combinaisons compliquées. Sans doute, la fortune est un grand élément de cette facilité de l'existence, j'ai vu des hystériques guéries par un héritage et ce traitement n'est pas à la portée de tous les malades ; mais le choix d'une carrière, d'un milieu favorables, le renoncement à des ambitions trop grandes peuvent aussi contribuer à ce bonheur tout particulier.

Une question bien délicate qui se pose à ce propos est celle du mariage des hystériques. On s'entend assez pour dire que le mariage d'une hystérique est bien souvent un malheur pour celui qu'elle épouse et même pour ses enfants, mais on n'est pas d'accord pour savoir si ce mariage est avantageux pour elle. Je ne crois pas que l'on puisse répondre d'une façon générale à une semblable question.

Le mariage peut être mauvais pour l'hystérique en ce que le plus souvent il complique sa vie et lui pose des problèmes qu'elle n'est pas capable de résoudre. Le mariage peut être bon pour elle, quand il lui donne le bonheur spécial qui lui convient, quand surtout il lui donne un mari capable de l'aimer longtemps et de la diriger avec fermeté. L'hystérique est heureuse de trouver une direction, elle veut être esclave ; mais elle force celui qui la dirige à pénétrer dans sa pensée, à résoudre pour elle tous les problèmes qu'elle se pose. Si le mari sait et veut bien jouer ce rôle, tout sera pour le mieux ;

1. Briquet. — De l'Hystérie, 565, 615.

s'il ne sait pas le faire ou s'il s'en lasse, ce qui arrive souvent, tout ira mal. Il ne faut pas oublier que le célibat, malgré ses inconvénients, est moins dangereux pour l'hystérique que les embarras de ménage. Aussi ne doit-on pas être surpris si la réponse à la question posée varie dans chaque cas particulier.

Au moins me semble-t-il juste, avant de permettre le mariage, de demander que la malade se guérisse autant que possible, qu'elle soit débarrassée de ses idées fixes et qu'elle soit arrivée par une nouvelle éducation à une puissance mentale suffisante pour qu'elle puisse s'adapter à une vie nouvelle.

B. — LA DIRECTION MORALE.

Quelle que soit la valeur de tous ces traitements psychologiques de l'hystérie que je viens d'énumérer, il est cependant nécessaire de faire en terminant une remarque assez singulière. Si on observe, sans parti pris, les divers traitements qui ont été appliqués à des hystériques et leurs résultats, il faut remarquer qu'il n'y a pas un seul traitement, quelque bizarre ou illogique qu'il puisse paraître, qui n'ait obtenu des résultats merveilleux et quelquefois, il faut en convenir, très durables, et qu'inversement il n'y a pas de traitement, si bien fondé en raison, qui, dans des cas particuliers et appliqué par certaines personnes, n'ait complètement échoué. C'est qu'il y a dans le traitement de ces maladies un élément particulier qu'il est bien difficile d'analyser et qui peut transformer la valeur de tous les traitements.

Ces malades, en dehors de leurs symptômes hystériques, sont des esprits qui présentent une faiblesse particulière. Cette faiblesse primordiale a déterminé l'émotivité, a permis à des causes relativement faibles de déterminer ces grandes émotions qui dissocient et engourdissent les fonctions cérébrales. Cette faiblesse porte surtout sur la volonté et les rend incapables de prendre des résolutions, de combiner des actions complexes, de se diriger complètement eux-mêmes. Ces personnes ont besoin d'être constamment consolées, réconfortées, diri-

gées. Les pratiques aesthésiogéniques en sont une preuve singulière : ces malades pourraient avoir une sensibilité intacte, puisqu'ils recouvrent leurs sensations les unes après les autres dès que je leur demande de le faire. Pourquoi donc ne le font-ils pas tout seuls, pourquoi ont-ils besoin de venir demander au médecin tous les huit jours le même commandement ? C'est que ce commandement en particulier n'est pas le fait important ; ils pourraient guérir tout aussi bien si le médecin faisait autre chose et leur sensibilité réapparaîtrait souvent après chaque visite, même si on ne s'en préoccupait pas. C'est l'exhortation à faire des efforts, à dominer l'émotion, à penser, à vouloir qui est essentielle, et les malades sentent cette exhortation, ce commandement, quelle que soit la méthode thérapeutique employée.

Il y a donc une règle qui domine la thérapeutique des hystériques : le médecin doit prendre la direction de l'esprit des malades. C'est cette direction qui est l'élément principal du succès. C'est aussi l'élément dangereux, car par une direction mauvaise, par l'abus des suggestions, par des hypnotismes maladroits, on peut aggraver leur maladie, et c'est pour permettre d'éviter ces dangers que nous avons indiqué quelques-unes des règles précédentes.

Ce besoin de direction doit préoccuper le médecin, même quand le traitement des accidents est terminé. Les hystériques retombent très facilement quand ils sont abandonnés à eux-mêmes dans une sorte de solitude morale. Il faut veiller à ce que les malades trouvent près d'eux une personne qui soit au courant de leur état d'esprit et sache continuer à les diriger. C'est à ce point de vue que le mariage est bon pour l'hystérique qui a été guérie et qui quelquefois trouve dans son mari un tuteur. C'est à ce point de vue que le médecin doit continuer à diriger même de loin ses malades, quand ils n'ont pas trouvé d'autre appui moral. Une influence de ce genre sera bien souvent le plus efficace des traitements.

X

Traitement psychologique de quelques accidents particuliers.

A. — LES DYSESTHÉSIES.

Les règles générales que nous venons d'indiquer doivent s'appliquer à peu près à tous les cas d'hystérie ; aussi pouvons-nous être plus bref en examinant quelques détails relatifs au traitement particulier de tel ou tel accident hystérique.

Les hystériques présentent souvent des altérations de la sensibilité. Je ne parle pas maintenant de leurs anesthésies qui se rattachent à leur engourdissement cérébral, à leur faiblesse mentale et disparaissent avec elle, mais des dysesthésies, ou des exagérations de la douleur sur certains points du corps. Ces dysesthésies ne sont pas toutes de la même nature et on peut, au point de vue du traitement, les répartir en trois classes.

1° Certaines dysesthésies sont simplement en rapport avec une diminution de la sensibilité, l'anesthésie est indifférente quand elle est complète, elle est pénible au sujet qui s'en plaint quand elle est incomplète[1]. Dans des cas de ce genre il faut uniquement se préoccuper de restaurer la sensibilité par les diverses méthodes æsthésiogéniques et chercher l'origine de ces affaiblissements de la sensibilité.

2° Beaucoup de ces dysesthésies nettement localisées sont en rapport avec des contractures incomplètes des muscles sous-jacents. Que de douleurs rapportées au cœur ou à l'estomac sont dues à des contractures des muscles intercostaux, du diaphragme ou des muscles abdominaux. Dans ce cas le massage m'a paru la plus efficace des pratiques æsthésiogéniques.

3° Enfin il ne faut pas nier que souvent ces dysesthésies

1. P. JANET. — Automatisme psychologique, p. 98.

sont provoquées par des associations d'idées qui rappellent des émotions systématiques, souffrance au genou par souvenir d'une chute, horreur de la couleur rouge parce qu'elle rappelle le sang, souffrance aux parties génitales ou aux ovaires par association avec l'idée du coït, de la grossesse, de l'accouchement, etc. La thérapeutique dans tous ces cas doit être avant tout dirigée contre l'idée fixe.

Dans certains cas cependant on pourra traiter la dysesthésie elle-même. On fera comprendre au sujet la nature de la douleur qu'il éprouve, on lui fera remarquer que l'on peut presser son genou sans qu'il le sente quand il est distrait, on l'habituera à supporter des pressions de plus en plus fortes et on les fera d'abord très légères, pendant l'hypnose et après suggestion, afin de lui donner peu à peu plus de confiance en lui-même.

B. — LES TICS ET LES CHORÉES.

Ces accidents se développent presque toujours sur des membres ou des parties du corps présentant une anesthésie musculaire plus ou moins profonde. D'autre part, ils sont souvent accompagnés par l'idée persistante et émotionnante d'un acte que les malades continuent à accomplir malgré elles d'une façon plus ou moins complète et plus ou moins consciente, ou bien par l'image également persistante et émotionnante d'une personne qui présentait des mouvements semblables. On pourra étudier aussi l'influence de l'attention sur ces accidents : certains tics ne se produisent qu'au moment où le sujet y fait attention, d'autres inversement au moment où il est le plus distrait. Le caractère de l'anesthésie et de l'idée fixe n'est pas le même dans les deux cas; l'anesthésie est d'ordinaire plus profonde et l'idée émotive moins consciente dans le second qui me semble souvent plus grave. Suivant les cas, l'anesthésie musculaire ou bien cette pensée qui ramène une certaine émotion systématique joueront le principal rôle.

Le traitement sera naturellement dirigé contre ces deux

phénomènes en insistant sur celui qui est chez le malade le plus important et qui détermine le plus facilement les rechutes. En outre des pratiques æsthésiogéniques générales, une éducation des mouvements par la gymnastique pourront être fort utiles dans ce traitement. Il y aurait lieu d'insister particulièrement sur la gymnastique des mouvements respiratoires qui est de la plus grande utilité pour combattre une foule d'accidents qui sont des tics de la respiration, comme la toux, le hoquet, le soupir, etc.

C. — LES PARALYSIES.

Le traitement psychique des paralysies hystériques a été magistralement décrit par Charcot. On sait comment il soumettait les malades à une gymnastique graduellement progressive du membre paralysé en leur faisant voir sur un dynamomètre les progrès qu'ils accomplissaient. Il faut, en effet, s'efforcer de faire rentrer dans la conscience, dans la perception personnelle du sujet, des sensations kinesthésiques, des images motrices qui sont devenues subconscientes. La gymnastique et surtout l'effort de l'attention qui l'accompagne permet le plus facilement de modifier cette anesthésie et cette amnésie. Dans certains cas il sera plus facile de commencer les mouvements dans l'état somnambulique, il sera utile de faire faire simultanément des mouvements avec le membre sain, de forcer le sujet à bien regarder son membre pendant qu'il essaye de le remuer, de provoquer le mouvement par d'autres images, en particulier par les images visuelles. Les mouvements commandés doivent être autant que possible précis et délicats; en un mot, la gymnastique raisonnée et attentive non seulement des mouvements violents mais surtout des mouvements délicats, telle que Fraenkel propose de la pratiquer dans le tabes, aurait, je crois, encore plus de succès dans bien des cas d'hystérie.

Un traitement analogue doit être appliqué à bien des tremblements, des chorées, des abasies qui sont des paralysies

incomplètes ; il servira plus souvent qu'on ne le croit généralement dans bien des troubles viscéraux qui dépendent également d'anesthésies et de paralysies des viscères. Il est des hystériques auxquels il faut apprendre de nouveau à respirer, à manger, à déglutir et même à uriner, car bien souvent des anesthésies et des amnésies de ces mouvements jouent un rôle dans les vomissements, dans l'anorexie, dans les suffocations, dans le météorisme, etc. En attirant l'attention sur les mouvements du pharynx, sur ceux du thorax, de l'abdomen, en leur faisant sentir ces mouvements chez les autres, en les dressant à les répéter, on guérit quelquefois des hystéries viscérales qui semblaient très tenaces.

Il est inutile de répéter que tous ces traitements seraient inutiles si on ne se préoccupait pas comme toujours de l'idée fixe initiale qui dans certains cas entretient et reproduit sans cesse l'émotion systématique cause de la paralysie. Il est plus utile de faire remarquer que certaines impotences d'apparence paralytique se compliquent souvent de petites contractures qui passent inaperçues, mais qui rendent les mouvements douloureux. C'est, dans ces cas, la crainte plus ou moins consciente de la douleur qui détermine une impuissance motrice, une « akinesia algera », comme on l'a dit à propos des phénomènes analogues. Il faudra, bien entendu, faire disparaître ces contractures par le massage pour que le sujet ne redoute plus les mouvements.

D. — LES CONTRACTURES.

Les contractures constituent un des phénomènes les plus importants de l'hystérie ; non seulement elles peuvent siéger sur un membre d'une manière bien visible, mais encore elles interviennent dans une foule d'autres accidents en apparence différents. De petites contractures partielles, à la langue, au pharynx, au thorax, au larynx, à l'œsophage, à l'abdomen et même aux viscères abdominaux amènent bien des accidents qui ne sont pas toujours bien compris ; c'est en particulier ce

qui arrive souvent dans les cas de vomissement hystérique et dans les diverses dysesthésies. Ces contractures sont, bien plus qu'on ne le croit généralement, en rapport avec des phénomènes psychologiques, c'est-à-dire avec des anesthésies et avec des états émotifs persistants. Beaucoup d'entre elles sont, au début, des contractures *systématiques* directement déterminées par une émotion systématique subconsciente, et ce n'est que plus tard qu'elles se généralisent à tous les muscles du membre. En outre, j'ai observé qu'un état mental assez spécial coïncidait souvent avec la contracture, c'est une sorte de *délire de résistance*, d'entêtement qui modifie l'aboulie ordinaire des malades. Certains sujets, à ce moment, ont des entêtements inexplicables et involontaires, ils ne peuvent arriver à triompher d'un caprice pas plus qu'ils ne peuvent arriver à détendre leurs muscles, et, quand l'entêtement moral cède, on sent la contracture céder également. La contracture est donc en rapport avec beaucoup de phénomènes psychologiques et le traitement moral de ces accidents est presque toujours très délicat.

Le procédé le plus usuel, le massage, agit dans ce cas surtout d'une manière morale en faisant naître dans la conscience des sensations kinesthésiques et en forçant le sujet à en prendre conscience. Il est bon de le pratiquer d'abord avec douceur, car il est souvent fort douloureux, surtout au moment où la contracture cède. Un massage qui ne détermine pas ces douleurs reste souvent sans effet. Il est bon, quand cela est possible, de pratiquer le massage pendant le somnambulisme et ce procédé réussit d'autant mieux que l'opérateur a déjà plus d'ascendant sur le sujet[1].

Les idées fixes qui tiennent les contractures sous leur dépendance doivent être soigneusement recherchées; par exemple on se souviendra que la contracture des cuisses en adduction chez la femme est très souvent, je ne dis pas toujours, en rapport avec des troubles de la sensibilité génitale

1. P. Janet. — Note sur quelques spasmes des muscles du tronc chez les hystériques et sur leur traitement, *La France médicale*, 6 décembre 1895.

et avec un état émotif particulier. En cherchant à détruire ces idées fixes, on tiendra compte de l'entêtement dont je viens de parler: l'isolement du sujet, une grande influence du médecin et souvent, à mon avis, le sommeil prolongé sont ici particulièrement utiles.

Quand les contractures ont été défaites, il faut empêcher leur réapparition qui se fait d'ordinaire très vite, surtout si quelque muscle est encore resté partiellement contracturé ou anesthésique. Il faut éviter les mouvements brusques, les émotions, les conversations qui pourraient rappeler au sujet son accident. Quelquefois les contractures sont si tenaces qu'elles réapparaissent régulièrement à la fin de la période d'influence somnambulique comme les idées fixes. Il faudra un traitement complet de la synthèse mentale qui permettra un écartement graduel des séances de somnambulisme.

Il serait trop long d'étudier le traitement des diverses formes de contracture, je rappelle seulement l'importance du massage de l'abdomen et de la gymnastique respiratoire pour les contractures si importantes du diaphragme et de l'abdomen.

E. — LES ATTAQUES. — LES SOMNAMBULISMES.

Il est inutile de revenir sur la démonstration si souvent faite de l'analogie des attaques et des somnambulismes. Ce sont presque toujours des idées capables d'exciter vivement les émotions qui se reproduisent périodiquement dans l'esprit en amenant toujours les mêmes manifestations émotionnelles et en se développant plus ou moins complètement en dehors de la conscience personnelle du sujet.

Chose curieuse, c'est certainement la pratique répétée du somnambulisme provoqué qui est le meilleur moyen de guérir le somnambulisme naturel. A des phénomènes subconscients qui se développent au hasard et avec indépendance, on substitue des phénomènes subconscients bien réglés que le médecin dirige à volonté. Aussi le premier point du traitement, quand on se trouve en présence de grandes attaques plus ou moins

mêlées de somnambulisme, c'est de substituer à ces phénomènes le sommeil hypnotique.

Je n'estime guère pour ma part la plupart des procédés employés pour arrêter l'attaque, et je redoute en particulier la compression ovarienne, qui m'a semblé bien souvent l'origine des idées fixes relatives aux organes génitaux, et de diverses hypéresthésies. L'attaque étant d'ordinaire sans grand danger, il est souvent plus sage de la laisser évoluer en prenant simplement les précautions d'usage. Cependant, quand cela est possible, je trouve excellent que le médecin cherche à entrer en relations avec l'hystérique, pendant son attaque et pendant son délire. On peut quelquefois, en lui ettant la main sur le front, ou sur les yeux, attirer son attention, car on sait que les phénomènes psychologiques ne sont pas absents pendant l'attaque. En parlant aux malades dans la direction de leurs rêves, on peut provoquer des réponses et transformer ainsi peu à peu l'attaque ou le somnambulisme délirant en somnambulisme provoqué. Par ce procédé on se rendra bien compte des idées fixes qui jouent un rôle dans l'attaque et l'on pourra plus facilement calmer le sujet. Suivant les cas, on le réveillera le plus complètement possible, ou on le laissera dormir quelques heures.

Si on ne parvient pas à transformer ces attaques en somnambulisme, il faudra provoquer le sommeil hypnotique dans l'intervalle des attaques et retrouver dans cet état le souvenir de l'attaque elle-même.

Ensuite nous nous retrouvons en présence du traitement de l'idée fixe qui sera plus ou moins difficile suivant sa gravité et sa durée. Il me paraît bon de reproduire le somnambulisme assez souvent et à des intervalles réguliers jusqu'à ce qu'il remplace l'attaque. Puis on écartera peu à peu les séances, ce qui sera facile si les idées fixes sont dissipées et si l'on aide le sujet à développer en même temps sa sensibilité, sa volonté et son attention.

Bien entendu, le traitement des attaques et des somnambulismes sera très varié suivant leur gravité ; on pourra quelquefois

détruire l'idée fixe pendant l'état de veille ou apprendre au sujet par des exercices à dominer son émotion. L'habitude joue un grand rôle dans la production de l'attaque, elle en joue aussi un dans sa guérison ; mais il sera presque toujours utile dans les cas graves de recourir au somnambulisme et quelquefois au sommeil prolongé pendant les périodes où les attaques sont particulièrement fréquentes.

F. — LES INSOMNIES.

L'insomnie joue un rôle si considérable dans l'hystérie que je voudrais dire un mot d'un trouble du sommeil très fréquent qui se rapproche de l'attaque et du somnambulisme. Beaucoup d'hystériques ne dorment qu'un moment, puis se réveillent très vite tout étourdies et sans s'expliquer ce réveil en sursaut. Quand on les examine pendant l'état hypnotique, on retrouve le souvenir d'un rêve terrifiant ou émotionnant toujours le même, qui se reproduit dès qu'elles s'endorment et qui les réveille par l'émotion qu'il détermine. Le rêve qui devrait, par son développement, si le malade restait endormi, amener l'attaque ou le somnambulisme, est toujours arrêté dès son début par le réveil brusque. L'insomnie est due à une sorte de somnambulisme avorté [1].

Si l'on songe à l'influence de l'insomnie sur la puissance mentale, sur la santé physique et morale des sujets, on verra qu'il est intéressant de connaître une cause d'une de ces insomnies si diverses qui tourmentent les hystériques. Il est facile de vérifier que le traitement de cette idée fixe, la diminution de l'émotivité par l'éducation de la sensibilité et de l'attention, rendront le sommeil aux malades.

G. — LES DÉLIRES. — L'ANOREXIE.

Nous avons longuement parlé des idées fixes qui constituent la majeure partie des délires hystériques vulgaires. Les men-

1. Pierre Janet. — L'insomnie par idée fixe subconsciente, *La Presse médicale*, 1897.

songes, les idées érotiques, les anorexies, les idées de suicide ne sont qu'une expression partielle d'un rêve, d'une idée fixe que le malade n'exprime pas et dont il a plus ou moins conscience. C'est à ce propos qu'il est particulièrement utile de remonter jusqu'à l'idée primaire.

Les anorexies sont l'un des accidents les plus redoutables que l'on ait à traiter, surtout si elles s'accompagnent de vomissements incoercibles. Il faut bien rechercher les troubles viscéraux, en particulier les anesthésies viscérales et les contractures qui jouent un grand rôle dans ces phénomènes; l'éducation de la déglutition et de la respiration, le massage de l'abdomen m'ont permis plusieurs fois d'arrêter les vomissements hystériques. J'ai constaté chez trois malades de la Salpêtrière un fait étrange, c'est que la cessation des vomissements semblait amener du délire et qu'il y avait alternance entre ces deux phénomènes. Je ne sais jusqu'à quel point il faut insister sur ces coïncidences qui demandent de nouvelles observations.

Ce traitement physique de l'anorexie par la restauration des sensibilités viscérales, par la destruction des contractures et des spasmes, doit toujours être complété par un traitement moral ici particulièrement indispensable. Il est nécessaire d'imposer aux malades le plus tôt possible une alimentation normale qui ne tardera pas à réveiller la sensation des besoins normaux. C'est ici que l'isolement des malades rend les plus grands services; il est rare que, au milieu des familles, le médecin puisse disposer d'une autorité suffisante. Au contraire, le malade cède en général assez vite dès qu'il est séparé des siens.

Quelle que soit l'importance des anesthésies viscérales et des contractures dans l'anorexie, il ne faut pas oublier qu'il y a de véritables anorexies mentales, qui dépendent d'un délire beaucoup plus que des troubles de la sensibilité. Certains malades résistent à la faim, éprouvent de véritables souffrances causées par la faim et la soif pendant des mois avant d'arriver à l'anorexie viscérale. Il faut, chez ces malades, se préoccuper

de comprendre et de traiter l'idée fixe en même temps que que de modifier la sensibilité.

XI

Conclusion.

On ne peut prétendre guérir complètement et toujours l'hystérie, qui dans bien des cas constitue plutôt une manière d'être de la pensée, une infirmité du cerveau, qu'une maladie accidentelle. Ce n'est que dans un nombre de cas particulièrement favorables que des hystériques traitées de la façon précédemment indiquée n'ont plus eu aucun besoin de direction morale pendant des années. Le plus souvent les malades ont encore besoin d'être surveillés pendant longtemps et on ne peut jamais assurer qu'une émotion violente ne déterminera pas chez eux quelque rechute. Mais il me semble cependant que les malades, sous l'influence des traitements de ce genre, sont, plus ou moins facilement suivant les cas, délivrés des accidents graves qu'ils présentaient au début, et ne retombent plus d'une manière aussi sérieuse dans des accidents nouveaux, en un mot qu'ils traversent sans trop de perturbations les périodes difficiles de leur existence. En résumé, le meilleur service que le médecin puisse rendre à un hystérique, c'est de diriger son esprit.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

PAR

H. RICHARDIÈRE

Médecin de l'hôpital Trousseau.

I

Considérations générales.

Les convulsions sont des accidents nerveux très fréquents dans l'enfance, surtout dans les premières années de la vie. La prédisposition à l'éclampsie diminue avec l'âge de l'enfant et disparaît à peu près complètement au moment de l'adolescence, quand les convulsions ne sont pas symptomatiques d'une névrose ou une maladie organique du système nerveux cérébro-spinal.

La fréquence des accidents éclamptiques chez les enfants s'explique par l'irritabilité spéciale de l'appareil nerveux spinal et par l'importance des actions réflexes dans le fonctionnement des organes à ce moment de la vie. Les convulsions sont elles-mêmes des phénomènes réflexes et toutes les impressions physiologiques ou pathologiques qui mettent en jeu l'excitabilité réflexe de la moelle peuvent les provoquer. Dans la prédisposition des enfants aux convulsions, il faut aussi tenir grand compte de la prédominance du système nerveux spinal sur le système nerveux cérébral dans les premières années de la vie, où l'action inhibitrice du cerveau sur la

moelle est beaucoup moins importante que dans l'âge adulte.

West a remarqué très justement que dans l'enfance la moelle réagissait plus que le cerveau aux impressions périphériques. Les convulsions sont une forme de ces réactions. Plus tard, les réactions du cerveau deviennent prédominantes, et le délire remplace les convulsions.

Un certain nombre de maladies du système nerveux, plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes, déterminent des convulsions, d'une gravité toute particulière en raison de la nature des lésions qui les provoquent. Les méningites aiguës, primitives et secondaires, les méningites tuberculeuses, les scléroses cérébrales, les tubercules du cerveau, sont les causes de la plupart des convulsions symptomatiques. L'épilepsie, qui débute dans l'enfance, provoque des crises convulsives, analogues à celles de l'âge adulte.

L'intoxication urémique, le plus souvent due à la néphrite scarlatineuse, peut être une cause de convulsions.

Les convulsions des enfants liées à des affections nerveuses ou à des intoxications, ne présentent rien de spécial. Leur traitement se confond avec celui des convulsions en général.

L'éclampsie infantile idiopathique vraie peut être sympathique ou réflexe.

L'éclampsie sympathique est provoquée ordinairement par une maladie aiguë accidentelle, le plus souvent fébrile.

Toutes les maladies aiguës peuvent la déterminer chez les sujets prédisposés, et cela d'autant plus facilement qu'elles s'accompagnent d'une plus grande élévation de température. Les fièvres éruptives, les angines, l'embarras gastrique fébrile amènent fréquemment des crises de convulsions uniques ou répétées. La pneumonie fibrineuse, si bénigne chez les enfants, évolue rarement sans amener une ou plusieurs crises d'éclampsie. Chez certains enfants, un simple accès de fièvre passagère dû à une indigestion ou à un refroidissement suffit pour provoquer des convulsions.

Parfois même, la fièvre n'est pas nécessaire; les convulsions surviennent à l'occasion d'une indisposition, d'un malaise

passager, d'un traumatisme quelconque ; les indigestions sont, à cet égard, particulièrement redoutables.

Chez les enfants nerveux, les convulsions peuvent survenir parfois sans aucune cause appréciable, indépendamment de toute indisposition. Les émotions morales, les chagrins, les excitations du jeu sont invoquées par les parents. Ces causes peuvent agir dans quelques cas, mais il est avéré que parfois aussi les convulsions surviennent sans cause appréciable.

L'éclampsie réflexe des enfants reconnaît pour cause, dans un certain nombre de cas, la présence de vers intestinaux (lombrics, tænias ou oxyures). Sans exagérer outre mesure l'importance de l'éclampsie vermineuse, on ne saurait nier son existence, ni même sa fréquence. Il n'y a, d'ailleurs, pas à craindre de négliger cette cause possible d'éclampsie infantile. Presque toujours, les parents sont les premiers à y faire allusion et à réclamer un anthelminthique.

La dentition, souvent invoquée à tort par les parents, peut également déterminer une crise éclamptique. L'importance de cette cause, niée par quelques auteurs, est attestée par les faits nombreux, dans lesquels il suffit d'ouvrir les gencives avec la lancette ou avec l'ongle pour faire cesser une crise de convulsions.

II

Traitement.

Le traitement des convulsions de l'enfance varie suivant l'intensité et la durée de la crise convulsive. Il varie encore suivant la cause de l'éclampsie.

Il existe cependant un traitement général des convulsions de l'enfance ; c'est le traitement d'urgence de la crise convulsive, qui doit être prescrit dès qu'on se trouve auprès d'un enfant atteint d'éclampsie. Le plus souvent alors, le médecin, appelé en toute hâte, ne peut reconnaître immédiatement la cause de la convulsion. S'il sait ou s'il apprend des parents que l'enfant a déjà eu des crises semblables survenues à

l'occasion de maladies ou d'indispositions, sans cause appréciable, il doit tenir grand compte de ce renseignement précieux et en conclure qu'il s'agit vraisemblablement encore de convulsions essentielles. Par contre, si cette crise convulsive est la première, le diagnostic étiologique est à peu près impossible au premier moment. Il importe d'ailleurs moins de faire un diagnostic précis que de combattre des accidents graves et menaçants. Les mouvements convulsifs, la perte de connaissance, la menace d'asphyxie dominent la scène morbide, et réclament un traitement d'urgence. C'est sur ces accidents qu'il faut agir; c'est la crise convulsive qu'il importe d'arrêter au plus tôt.

A. — INDICATIONS GÉNÉRALES.

Quand on est appelé auprès d'un enfant en pleine crise d'éclampsie, il est tout d'abord utile de donner quelques indications générales, faciles à réaliser et applicables à tous les cas sans exception, quelle que soit la cause de la crise.

Il faut débarrasser l'enfant de ses vêtements et en particulier desserrer les liens, les cordons qui peuvent comprimer le cou et les membres. L'enfant doit être étendu sur un matelas assez large pour qu'il puisse agiter ses membres et sa tête sans qu'on ait à craindre les chocs violents et les traumatismes. La meilleure position à donner au petit malade est la position horizontale avec la tête légèrement élevée et soutenue par un oreiller.

La température de la chambre a une certaine importance. Elle ne doit surtout pas être trop élevée. Il y a tout avantage, si la température extérieure le permet, à faire entr'ouvrir les fenêtres. Good, cité par Rilliet et Barthez, a montré l'heureuse influence de l'air frais. Une température trop élevée dans une chambre surchauffée est nuisible. Il ne faut pas craindre de réagir à cet égard contre les tendances des parents, toujours disposés à redouter l'impression de l'air extérieur.

Toutes les causes extérieures capables d'aggraver l'impres-

sionnabilité exagérée de l'enfant et d'agir sur sa sensibilité périphérique doivent être écartées. Le plus grand calme doit régner autour de lui. Dans ce but, il y a lieu d'écarter les personnes dont la présence n'est pas indispensable. Le bruit doit être évité dans la chambre du petit malade. La lumière ne sera pas trop intense et l'enfant sera placé de façon à ce qu'elle ne frappe pas ses yeux.

B. — TRAITEMENT DE LA CRISE CONVULSIVE.

Ces indications données, le médecin, après avoir jugé la situation et s'être fait une opinion probable sur la nature et la cause de la crise d'éclampsie, prescrit les médicaments qu'il juge utile. S'il ne les a pas à sa disposition, il peut, pendant qu'on cherche à se les procurer, essayer certains moyens qui sont souvent d'une efficacité immédiate.

1° La *compression des carotides* a été préconisée par Trousseau. Elle est surtout indiquée dans les cas où les convulsions s'accompagnent de signes de congestion de l'extrémité supérieure du corps, de rougeur et de cyanose de la face. Elle ne doit pas être tentée chez les enfants anémiques, ni chez ceux qui ont la pâleur de la face, car elle pourrait déterminer une syncope. Trousseau considérait la compression des carotides comme particulièrement utile dans les convulsions limitées à un seul côté du corps ou à un membre.

2° L'*eau*, à une température convenable, peut être la base d'une médication souvent héroïque et, en tout cas, sans nocuité.

L'eau peut être employée de plusieurs manières : en applications locales, ou sous forme de bains généraux.

En applications locales, elle peut être utilisée en enveloppant les membres de l'enfant dans des linges humides trempés dans l'eau à 40 ou 50 degrés. Ces *linges humides* et chauds déterminent un afflux sanguin considérable à la périphérie et décongestionnent les centres nerveux. La rougeur de la peau est le signe manifeste de cette action décongestionnante. Lorsqu'on veut obtenir une action plus

énergique, l'enveloppement dans le *drap mouillé* à 30 ou 32 degrés doit être substitué aux applications locales de linges humides. L'action thérapeutique sera réalisée au grand complet si, en même temps, la tête de l'enfant est enveloppée dans une serviette ou dans un bonnet trempé dans l'eau très fraîche, ou encore mieux si une compresse glacée est appliquée sur la tête.

A défaut des enveloppements locaux ou généraux dans des linges humides, le *bain tiède* prolongé est, pour Rilliet et Barthez, le meilleur des antispasmodiques.

3° Quand la médication hydrique échoue, on peut employer les *inhalations de substances anesthésiques* qui répondent à la même indication.

Les inhalations de *chloroforme*, vantées par Simpson d'Edimbourg, ont une efficacité réelle mais fugace (Goodhart).

Le chloroforme, versé goutte à goutte sur un mouchoir, doit être donné en petites quantités et d'une façon un peu prolongée. Il faut avoir soin d'espacer les inhalations et de laisser l'enfant respirer de l'air pur dans l'intervalle. En effet, le chloroforme administré en grande quantité risquerait de provoquer pour son compte de nouvelles crises convulsives et d'augmenter la gêne respiratoire et la tendance à l'asphyxie.

4° Le *chloral* a une action moins rapide, mais plus prolongée que celle du chloroforme. Il peut être donné en potion. Mais il est souvent plus commode de l'administrer, soit en lavements, soit en suppositoire.

La dose de chloral qui peut être administrée en une fois sans danger varie, suivant l'âge de l'enfant, de 0^{gr},05 à 1 ou 2 grammes, la dose la plus faible convenant aux nouveau-nés et la plus forte aux enfants de dix ans et plus.

En lavement, le chloral sera donné dans une petite quantité de liquide, poussée par une poire en caoutchouc dont la canule est introduite dans le rectum. Il peut être donné dans de l'eau pure avec la formule suivante :

℞ Hydrate de chloral..... 0^{gr},05 à 1 ou 2 grammes.
Eau bouillie..... 100 grammes.
Dissolvez.

ou dans cette préparation :

℞ Hydrate de chloral	0gr,05 à 1 ou 2 grammes.
Jaune d'œuf	N° 1.
Eau de tilleul	100 grammes.

M. S. A.

Pour augmenter l'action antispasmodique du lavement, on peut encore se servir de la formule suivante :

1° ℞ Assa fœtida } Chloral }	aa 0gr,05 à 1 ou 2 grammes.
Huile	XX gouttes.
Jaune d'œuf	N° 1.
Eau de tilleul	100 grammes.

Pour un lavement.

2° ℞ Musc	0gr,5 à 0gr,10 centigr.
Chloral	Q. S.
Jaune d'œuf	N° 1.
Eau bouillie	100 grammes.

Pour un lavement.

3° ℞ Bromure de potassium ou de sodium	0gr,20 à 1 gramme.
Chloral	Q. S.
Eau bouillie	100 grammes.

Pour un lavement.

Le chloral peut encore être donné en *suppositoire* :

Hydrate de chloral	Q. S.
Beurre de cacao	3 grammes.

Pour un suppositoire.

Dans la grande majorité des cas d'éclampsie essentielle, l'emploi de ces divers moyens : compression des carotides, enveloppements humides, bains, inhalations anesthésiques, lavements de chloral, suffit pour faire cesser les convulsions.

5° Les *émissions sanguines* conviennent plus particulièrement aux convulsions liées à une intoxication (éclampsie urémique). Elles peuvent néanmoins être employées dans les cas d'éclampsie essentielle rebelle aux traitements, surtout dans les convulsions avec congestion de la face). La *saignée* générale est préférable aux applications de *sangsues*, car elle permet d'apprécier plus exactement le sang retiré, et, faite antiseptiquement, elle met à l'abri des accidents infectieux.

6° Les *révulsifs*, inutiles presque toujours, peuvent même être nuisibles. L'eau chaude paraît le meilleur des révulsifs.

Les *vésicatoires* sont justement abandonnés, les pommades excitantes le sont à peu près également. Seules, les frictions au *baume de Fioravanti*, à l'*alcool de lavande*, etc., doivent être recommandées.

Les *sinapismes*, et même les *bains* légèrement *sinapisés*, ont l'inconvénient d'exciter le système nerveux périphérique : leur emploi est d'autant moins recommandable qu'on connaît la sensibilité de la peau des enfants, chez qui l'application de sinapismes détermine souvent de véritables brûlures avec phlyctènes. Cet accident serait particulièrement à redouter chez les enfants atteints de convulsions, dont la connaissance et les perceptions douloureuses sont momentanément abolies.

Un certain nombre d'accidents peuvent se produire pendant les crises d'éclampsie, qui réclament une surveillance spéciale et quelques soins particuliers.

Les morsures de la langue peuvent être évitées en ayant soin d'interposer entre les mâchoires un corps résistant, qui en empêche l'occlusion spasmodique : un bouchon de liège convient parfaitement et répond à cette indication.

Le ballonnement du ventre, surtout intense dans les convulsions dont la cause est un trouble des voies digestives, peut être combattu par l'application d'une flanelle imbibée du liniment suivant :

℞ Huile de térébenthine ..... 1 gramme.
Liniment camphré simple ..... 20 —
Huile d'olive 30
West.

M. s. a.

Le ballonnement du ventre cédera souvent aussi à l'administration d'un *lavement purgatif*.

℞ Sulfate de soude ..... 10 grammes
Follicules de séné ..... 2 à 10 —
Infusion ..... 200 —
Pour un lavement.

De tous les accidents des convulsions, le plus grave est le *spasme de la glotte*, heureusement fort rare. Pour le combattre, on a les applications de *linges très chauds* sur le cou, la sinapisation de cette région, l'application du *marteau de Mayor* et enfin, dans les cas menaçants : la *trachéotomie* ou le *tubage*.

C. — TRAITEMENT DE LA CRISE D'ÉCLAMPSIE SUIVANT SA CAUSE.

Le traitement général de l'éclampsie doit être complété par le traitement spécial à chaque variété de convulsions. On peut, à ce point de vue, diviser les convulsions en plusieurs groupes.

1° Éclampsie essentielle, dont la cause reste ignorée.

Ces convulsions sont rares. Elles se montrent presque exclusivement chez les enfants héréditairement nerveux. Le traitement général de l'éclampsie convient à cette variété. Il suffit souvent, car ces crises convulsives sont ordinairement passagères. Quand elles se prolongent ou quand elles se reproduisent à de courts intervalles, il est nécessaire de laisser pendant quelque temps les enfants sous l'influence des médicaments antispasmodiques. Dans ce but, on leur prescrit une potion, telle que la suivante :

℞ Bromure de potassium.....	2 à 8 grammes suivant les âges	
Eau de laurier-cerise.....	?	
Eau de fleurs d'orangers.....	}	
Eau de tilleul.....	}	āā 80 —
Sirop simple.....	}	

F. S. A. potion.
(Une cuillerée à soupe par jour.)

On peut associer le *chloral* au *bromure*, en donnant alors moitié de la dose de chacun de ces médicaments.

Parmi les antispasmodiques pouvant être administrés pendant une quinzaine de jours après la crise d'éclampsie, on peut encore prescrire l'*oxyde de zinc*, dont la dose varie

suivant l'âge de l'enfant, entre $0^{gr},02$ et $0^{gr},30$. L'oxyde de zinc, inodore et insipide, peut être donné dans du sucre, dans de la gelée de fruits, dans du lait, etc. ;

Les *valérianates de zinc* et de *quinine* qui se prescrivent aux enfants à la même dose que l'oxyde de zinc, en raison de leur goût désagréable, seront donnés, en lavements ou en suppositoires.

2° Éclampsie due à des troubles digestifs.

Lorsque la crise d'éclampsie dépend d'un trouble de l'estomac, parfois d'une simple indigestion, il est indiqué d'agir sur l'estomac le plus rapidement possible. Pour cela, la poudre d'*ipéca* est indiquée, à la dose de 1 décigramme par année d'enfant. Elle peut être donnée dans de l'eau ou dans du sirop d'ipéca.

Quand la constriction des mâchoires empêche l'administration de l'ipéca par la bouche, on peut faire une injection sous-cutanée d'*apomorphine* avec la solution suivante :

℞	Chlorhydrate d'apomorphine.....	5 centigr.
	Eau distillée.....	10 grammes.

Dissolvez.

Un quart ou une demi-seringue de Pravaz suivant l'âge.

Lorsque la crise d'éclampsie est en rapport avec de la constipation, les purgatifs et les laxatifs sont indiqués. Ils peuvent être donnés par la bouche ou en lavements. Le *calomel* agit trop lentement pour être administré en pareil cas. L'*huile de ricin*, à la dose de 5 à 15 gr., est préférable. Les purgatifs administrés en solution ou en potion étant d'un emploi beaucoup plus facile, on peut encore prescrire :

1° ℞	Citrate de magnésie.....	10 à 30	grammes.
	Sirop de cerises.....	20	—
	Eau.....	30	—

M. S. A.

2° ℞	Tartrate de soude.....	10 à 30	grammes.
	Sirop de framboises.....	20	—
	Eau.....	30	—

M. S. A.

3° ℞ Phosphate de soude..... 10 à 40 grammes.
Sirop de limons..... 30 —
Eau..... 30 —
M. S. A.

4° ℞ Sulfate de magnésie..... 10 à 30 grammes.
Sirop de sucre..... 30 —
M. S. A.

Lorsque la crise d'éclampsie a été causée par des troubles digestifs, il est nécessaire de surveiller, les jours suivants, le régime alimentaire de l'enfant et de combattre tout particulièrement la constipation.

3° Éclampsie due à une maladie aiguë.

Lorsque l'éclampsie est due à la fièvre d'une maladie aiguë accidentelle et en particulier à une fièvre éruptive, il importe de ne pas troubler par une médication intempestive l'évolution naturelle de cette maladie. En pareil cas, les convulsions sont d'ailleurs presque toujours passagères : elles se montrent dans les premiers jours de la maladie, souvent dans les premières heures, pour ne plus reparaître plus tard.

La thérapeutique la plus simple convient à ces convulsions. Les *bains tièdes*, les *inhalations anesthésiques* doivent être la base du traitement. La saignée locale ou générale, les purgatifs et les vomitifs doivent être proscrits.

4° Éclampsie liée à la dentition.

L'éclampsie liée à la dentition est beaucoup plus fréquente au moment de la première dentition qu'au moment de la seconde; elle est, d'ailleurs, presque toujours en rapport avec un état névropathique souvent héréditaire. Dans l'éclampsie liée à la dentition, les convulsions cessent le plus souvent après la sortie des dents. Aussi, quand les gencives sont tuméfiées, turgescentes, douloureuses par suite de la pression exercée par les dents dont la sortie est difficile, il y a lieu de faciliter cette sortie par l'*incision de la gencive* avec l'ongle, ou plutôt par une petite incision libératrice, ou encore par une friction un peu énergique à la pierre ponce.

Chez les enfants nerveux, qui ont déjà présenté des convulsions antérieurement, la période de la dentition doit être redoutée en raison des crises d'éclampsie qu'elle peut provoquer. Par mesure prophylactique, ces enfants devront être soumis au *bromure de potassium*. Le seul inconvénient de ce médicament réside dans les éruptions qu'il peut provoquer. On les évitera en associant le bromure à l'*arsenic* et au *naphtol* (Goodhart).

L'éclampsie de la dentition est une éclampsie réflexe. Elle peut être rapprochée de l'éclampsie qui reconnaît pour cause un traumatisme quelconque, un corps étranger de l'oreille ou des fosses nasales, la présence d'une pointe acérée dans la peau. Ces éclampsies nécessitent la recherche des corps étrangers, et cèdent rapidement après leur extraction.

5° Éclampsie vermineuse.

Les convulsions causées par la présence de vers dans l'intestin (tænias, lombrics, oxyures) rentrent dans la même catégorie.

Lorsqu'on aura acquis la certitude qu'un enfant atteint de convulsions à répétition a des vers de l'intestin, il faudra lui administrer le vermifuge approprié à la variété du parasite.

6° Éclampsie urémique.

L'éclampsie urémique est une éclampsie symptomatique dont le traitement est indiqué dans le chapitre consacré à l'urémie. Contentons-nous de rappeler que cette éclampsie, due à une véritable intoxication, est surtout justiciable de la saignée et des purgatifs répétés.

III

Prophylaxie de l'éclampsie des enfants.

Dans le traitement de l'éclampsie des enfants, le rôle du médecin ne doit pas se borner à guérir la crise convulsive; il faut s'efforcer, par une thérapeutique prophylactique appropriée, d'empêcher le retour des crises. En effet, si les crises

d'éclampsie peuvent être parfois uniques et ne jamais se reproduire, le plus souvent, elles se répètent à des intervalles plus ou moins espacés pendant toute la durée de l'enfance.

L'éclampsie infantile ne se montre pas indifféremment chez tous les enfants. Elle atteint le plus souvent les enfants nerveux, presque toujours issus de parents eux-mêmes nerveux et ayant souvent présenté des accidents nerveux divers. Chez les enfants ainsi prédisposés à l'éclampsie, la thérapeutique prophylactique doit s'adresser surtout au tempérament nerveux.

L'éducation de ces enfants réclame des soins particuliers. La douceur des éducateurs doit s'allier à une certaine fermeté. Les causes d'excitation psychique et physique, le surmenage précoce de l'intelligence, souvent causé par le désir de faire briller ces enfants dont l'intelligence est ordinairement développée d'une façon prématurée, doivent être absolument évités. Les jeux prolongés, surtout dans les réunions un peu nombreuses d'enfants, sont une cause d'excitation, que les parents devront redouter. Une vie calme, méthodiquement réglée, est nécessaire. D'une façon générale, le séjour à la campagne est fort utile à ces enfants, dont la vie de la ville développe trop la sensibilité affective.

Ces enfants sont généralement délicats, aussi convient-il de les soumettre à la médication tonique, au fer s'ils sont anémiques, à l'huile de foie de morue s'ils ont une tendance au lymphatisme. Comme sédatif du système nerveux, l'eau froide sous forme de douches et d'ablutions, les bains de jambes chauds quotidiens rendent de grands services.

Les troubles des voies digestives sont souvent les causes occasionnelles des crises convulsives. Leur surveillance rentre dans la prophylaxie de l'éclampsie. Le régime alimentaire doit être sévèrement réglé. Les repas seront donnés aux mêmes heures et composés de mets faciles à digérer. Tous les aliments savamment préparés, les gibiers, les viandes épicées, les crustacés, seront défendus. Le vin, la bière et toutes les boissons alcooliques sont inutiles et même dangereuses. La meilleure boisson sera l'eau pure ou le lait coupé d'eau.

Il faudra empêcher la constipation et administrer, si la chose est nécessaire, des *lavements* fréquents ou des *laxatifs* légers. On pourra donner méthodiquement le *calomel*, de temps en temps, et faire de grands *lavages de l'intestin* avec l'eau *naphtolée* ou *boriquée*.

Les enfants prédisposés à l'éclampsie ne peuvent être soumis d'une façon continue à la médication antispasmodique, en particulier du *bromure de potassium*. Cependant, à certaines périodes de l'enfance où l'éclampsie est particulièrement à craindre, l'emploi préventif du bromure de potassium est indiqué : c'est ainsi qu'au moment de la première et de la seconde dentition, il y aura avantage à donner pendant plusieurs semaines soit le bromure de potassium, soit les *sels de zinc* (oxyde ou valérianate.) Chez les enfants prédisposés à l'éclampsie, l'administration des antispasmodiques est encor indiquée pendant les premiers jours des maladies aiguës fébriles (fièvres éruptives, pneumonie, etc., etc.).

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

PAR

E. BRISSAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Considérations générales.

Il n'y a pas trente ans que la neurasthénie a été introduite dans la nosographie, et déjà la thérapeutique de la maladie « fin de siècle », ou « névrose américaine », a subi de nombreuses et singulières vicissitudes. Lorsqu'une thérapeutique varie suivant les années, les pays, les écoles, cela signifie simplement qu'elle n'a pas encore su faire ses preuves, qu'elle tâtonne et que l'expérience impartiale ne l'a pas irrévocablement consacrée.

Les hésitations où elle s'attarde proviennent de différentes causes, d'une, entre autres, que personne n'oserait contester, à savoir que tous les traitements préconisés ont eu le tort de se réclamer d'une pathogénie différente.

La thérapeutique, a-t-on pu dire, sera pathogénique ou elle ne sera pas. Et l'on institue contre la neurasthénie autant de médications qu'on croit pouvoir lui assigner de *mécanismes pathogéniques*.

Or, ce qu'un malade demande à la thérapeutique, ce n'est pas d'être pathogénique d'abord. Si elle l'est seulement par

surcroît, la joie qu'il en éprouve n'est jamais très bruyante. Il faut bien cependant lui rendre cette justice, qu'il préfère être soigné *pathogéniquement*. C'est déjà pour lui un soulagement d'apprendre qu'il est neurasthénique parce que son organisme est un foyer d' « infections » ou une « fabrique » de substances toxiques.

Il consulte dix, quinze, vingt médecins qui lui donnent dix, quinze, vingt explications différentes de sa maladie : « Vous êtes neurasthénique parce que vous avez l'estomac dilaté » ; « Vous êtes neurasthénique parce que vous avez une entéroptose », « parce que vous avez une néphroptose, une gastroptose, une hépatoptose », « parce que vous êtes hyperchlorhydrique », « parce que vous êtes hypochlorhydrique », « parce que vous vous êtes *surmené* », « parce que vous avez eu la vérole et que vous êtes un parasyphilitique », etc., etc. Bref, vous êtes sur la sellette parce qu'il faut bien que vous y soyez pour quelque chose. Et le malade croit volontiers qu'il est neurasthénique pour toutes ces raisons réunies et peut-être même pour beaucoup d'autres encore que, selon lui, le médecin méconnaît ou ignore.

Il est certain que la neurasthénie n'est ni une maladie essentielle, ni une fonction de l'évolution. Passagère, elle disparaît spontanément chez les sujets jeunes. Plus rebelle chez les sujets d'un certain âge, elle n'en est pas moins curable lorsqu'elle est combattue sans interruptions ni défaillances. Elle n'est donc qu'un accident au cours de l'existence ; mais l'origine de cet accident nous échappe souvent, car en dehors du traumatisme, du choc moral, de l'épuisement progressif par surmenage réel, nous n'apercevons pas bien distinctement le point de départ de l'asthénie nerveuse.

C'est bien pourtant cette *asthénie* qui est le fond même de la maladie ; et comme elle succède immédiatement à la cause, on peut dire qu'elle est vraiment primitive. Ainsi l'entendait Beard, lorsqu'il décrivait une névrose nouvelle, foncièrement dynamique, caractérisée par l'insuffisance du potentiel nerveux, parfois affectant la totalité du système,

parfois se limitant à tel ou tel de ses départements, variable d'ailleurs chez le même sujet d'un jour à l'autre, selon les circonstances extérieures, hygrométriques, barométriques ou thermométriques, enfin et surtout selon les mille imprévus de la vie.

Ainsi, quelle que soit la circonstance qui la fait naître, la neurasthénie consiste nécessairement en une diminution de l'énergie nerveuse, soit dans les petits appareils périphériques des viscères, soit dans les grands appareils centraux de la moelle ou du cerveau.

Cette diminution d'énergie ne modifie pas profondément les actes nutritifs, du moins à l'origine de la névrose. Elle se traduit surtout par des troubles de la sensibilité commune ou cénesthésie ; et comme il n'est pas un seul élément cellulaire qui n'ait sa représentation corticale, il résulte de ce trouble de la sensibilité, une véritable exaltation de la conscience organique. C'est-à-dire que le malade éprouve des sensations qu'il avait jusqu'alors ignorées, sensations toujours pénibles, le renseignant confusément sur telle ou telle partie endolorie de son être. Il se crée alors à lui-même une anatomie et une physiologie pathologiques que le médecin ne reconnaît pas mais qu'il ne doit pas se presser de tourner en ridicule, car cette anatomie et cette physiologie obéissent à de certaines lois où l'imagination du neurasthénique n'est pour rien.

Le système nerveux périphérique est-il en cause d'abord? Ou bien subit-il simplement l'ébranlement parti primitivement des centres supérieurs? — On ne saurait dire. Ce qui est certain, c'est que le malade devient chaque jour plus attentif aux phénomènes intérieurs qu'il n'avait d'abord perçus que très vaguement. Maintenant il les étudie, il s'en représente le jeu caché, il assiste à leur développement progressif; et se perfectionnant dans l'art de s'observer, ne laissant plus rien échapper de ce qu'il voit se passer en lui, ramenant toutes ses pensées et subordonnant tous ses actes à sa personne physique, il décuple, il centuple l'intensité de son malaise ou de sa souffrance. Il passe même pour en être responsable aux

yeux de ceux qui, ne se doutant pas de ce qu'il endure, sont plus tentés de le blâmer que de le plaindre.

Voilà comment se constitue cette sorte de maladie mentale secondaire qui, faisant suite à une perturbation primitive du système nerveux, est la neurasthénie confirmée et complète. Maladie mentale, disons-nous, mais non pas vésanie. Et il serait encore plus juste de dire maladie morale, car la conséquence de tant de sensations inquiétantes, c'est d'abord et surtout un état d'insécurité singulière, qui fait que ce malade n'ose plus compter ni sur lui-même, ni sur personne, ni sur rien. Il a donc perdu toute confiance en sa santé, en sa force, en son intelligence, en ses affections; et il est incapable de surveiller ses intérêts les plus pressants, qui le préoccupent beaucoup moins que l'empâtement de sa langue, la faiblesse de ses reins, la lenteur de ses digestions, la douleur vague et obsédante qui lui comprime la nuque comme un casque trop étroit, etc., etc. Il ne pense plus qu'à *sa bête*, et tout le reste du monde lui serait indifférent s'il ne tenait à mettre ses contemporains au courant de ses tortures. Surtout à ceux qui lui touchent de près, aux parents, à la femme, aux enfants qui sont ses confidents de tous les instants, il répète et ressasse avec force soupirs et gémissements les mêmes récits de malaises inexprimables, de douleurs intolérables, d'angoisses indéfinissables, etc. Et quoiqu'il éprouve en effet tout cela, on doute un peu de sa véracité, on le soupçonne du moins d'exagérer, et on cherche à lui prouver par des arguments empruntés « à la plus saine logique » qu'il se figure la plupart des choses dont il se lamente, comme s'il était un malade imaginaire. Voilà ce qui le révolte! Les discussions qui s'en suivent ne sont pas seulement inutiles ou ridicules; elles ont presque toujours un effet déplorable.

En présence du médecin, le neurasthénique a deux préoccupations : la première est de ne rien omettre des multiples sensations qu'il éprouve et des étranges phénomènes qu'il voit comme par transparence se manifester en lui. Aussi en apporte-t-il la liste écrite. Il en donne la lecture, faisant suivre chaque

titre énoncé d'un commentaire interminable. Si on le laisse parler, il ne s'arrête pas; il a toujours quelque chose à ajouter à ce qu'il a déjà dit, et son récit se poursuit dans un désordre déjà très significatif. Sa seconde préoccupation est la crainte que le médecin ne saisisse pas bien la nature de sa maladie, ne se doute pas de l'intensité et de la continuité de ses douleurs, en un mot ne prenne pas la chose au sérieux...

Car ces malades ont tous, sans exception, une variété de fatuité qui consiste à croire que personne, ou peu s'en faut, depuis la création du monde, n'a pu souffrir autant qu'eux. Ils se flattent d'être des exceptions, des cas extraordinaires, et lorsqu'on leur dit qu'ils sont neurasthéniques, tout bonnement, tout simplement, de deux choses l'une : ou bien ils ne veulent pas admettre qu'il ne s'agisse que de cela; ou bien ils se croient perdus, étant persuadés que la neurasthénie est incurable et se termine invariablement par le gâtisme, le ramollissement, ou « la maladie de la moelle épinière ».

Un grand nombre d'entre eux arrivent ainsi à la zone dangereuse et d'ailleurs assez mal limitée qui précède la mélancolie hypocondriaque. Mais la dépression chez le neurasthénique est secondaire; et comme la cause du mal réside en lui, et comme il la cultive, la développe et la renouvelle, il sent bien, selon la pittoresque locution du Berry, « malade de soi-même ».

Un malade « de soi-même » ne peut espérer sa guérison que de soi-même : voilà donc le premier axiome de la thérapeutique pathogénique, et il n'est pas un neurasthénique qui ne doive en être immédiatement instruit.

La difficulté lui paraît d'abord insurmontable, mais la collaboration du médecin promise et assurée d'avance encouragera ses premiers efforts. Ce ne sera pas, à la vérité, sans quelques récriminations, toujours les mêmes et comme récitées par cœur : « Croyez-vous que ce soit par plaisir?... Si je ne souffrais pas je ne me plaindrais pas?... Je ne vois pas comment la volonté peut agir sur des sensations parfaitement matérielles, etc., etc ». On fera comprendre cependant à ce neurasthénique que ses maux de tête, de nuque, de reins, d'estomac, d'en-

trailles, de cœur ne peuvent pas être soignés à l'aide d'autant de médicaments distincts ; qu'il faut éviter autant que possible la multiplicité des drogues ; que le proverbe a raison qui dit : « A trop récurer son chaudron, on l'use » ; que le but est de raviver l'énergie par tous les stimulants de la tonicité nerveuse ; que les agents chimiques, physiques et mécaniques de la stimulation nerveuse n'ont de chance de produire de bons effets que s'ils sont employés méthodiquement, sans interruptions, sans caprices, sans découragement prématuré, suivant une règle invariable et une discipline de jour en jour plus exigente, constituant ce que l'on appelle l'*entraînement*.

L'exécution de ce programme nécessite, comme il va de soi, le consentement préalable du malade et sa docilité à l'exécuter, quoiqu'il se dise « incapable de vouloir » ; mais son rôle étant presque exclusivement passif, il n'aurait qu'à accepter une tutelle. C'est à obtenir cette passivité du malade que le médecin devra s'appliquer d'abord ; il n'y réussira pas toujours du premier coup, car il a affaire à des gens butés, n'employant leur force d'inertie qu'à ne pas vouloir se laisser faire.

Les variétés cliniques de la neurasthénie ne sont pas si nombreuses qu'on est tenté de le croire. S'il y a une neurasthénie *hyperacide*, une neurasthénie *arthritique*, une neurasthénie *cérébrale* ou cérébrasthénie, une neurasthénie *génitale*, il y a surtout une neurasthénie banale, sans autre qualificatif, et qui est le fond commun et en quelque sorte le canevas sur lequel chaque malade brode au gré de sa fantaisie personnelle. C'est seulement de cette neurasthénie qu'il peut être ici question. A cette forme la plus vague et la plus répandue s'adressent les moyens généraux que nous venons d'énumérer ; ils conviennent tous à tous les cas. On en variera le mode d'emploi et les doses suivant les circonstances. Il nous suffira de les passer en revue dans un ordre de pure convention, réservant pour la fin les principales règles de l'action psychothérapique qui domine tout le reste.

II

Traitement.

A. — AGENTS CHIMIQUES, MÉDICATION.

S'il n'y a pas de médication spécifique de la neurasthénie, ce n'est pas à dire que certains médicaments soient incapables d'atténuer quelques-uns des phénomènes auxquels la névrose semble emprunter des occasions de se manifester. Nous venons de dire qu'il n'est pas une maladie de nature dynamique dans laquelle l'enchaînement des symptômes soit, plus que dans la neurasthénie, subordonné aux circonstances les plus ordinaires, aux événements les plus simples de la vie. Mais quelle ligne de conduite peut-on suivre si l'on ne sait d'où procède la névrose? Quelle est la cause prédisposante? Quelle est la cause occasionnelle? — Mieux vaut se résigner à une thérapeutique symptomatique presque toujours utile que d'hésiter indéfiniment avant de prendre un parti, c'est-à-dire avant d'inaugurer une thérapeutique prétendue rationnelle. Le malade n'admet pas ces lenteurs, et s'il souffre des entrailles, de l'estomac ou de la tête, il demande à être soulagé sans retard. La thérapeutique symptomatique a encore du bon dans la neurasthénie; la démonstration en est faite.

Contre l'*asthénie générale*, c'est-à-dire contre cette « insuffisance du potentiel nerveux » d'où résultent l'affaiblissement et le ralentissement de toutes les fonctions sans exception, l'agent le plus efficace est le *fer*. Ce n'est pas que l'anémie — prise dans son sens le plus général — soit le point de départ de la névrose. D'une façon exclusivement empirique, il est acquis que le fer agit comme un stimulant simple, et il n'est guère de neurasthénique chez qui cette action stimulante ne devienne apparente en très peu de temps. Inutile d'insister sur le choix des préparations : aucune d'elles n'a de spécificité anti-neurasthénique et le mieux est d'adopter celle qui est à la fois le mieux absorbée et le mieux supportée. La tolérance

est strictement personnelle, et le médecin doit s'y conformer.

Lorsque, par un hasard d'une rareté extrême, toutes les préparations de fer sont péniblement digérées, on peut leur substituer les deux ou trois préparations de *manganèse* inscrites dans toutes les pharmacopées. Nous ne connaissons rien non plus du mode d'action du manganèse. Il a en tout cas, lui aussi, une vertu stimulante qui ne saurait être ne contestée, ni négligée.

Depuis quelques années, l'emploi des *glycéro-phosphates* préconisés par Albert Robin tend à se substituer à toute autre médication. Il est des malades chez lesquels les glycérophosphates de chaux, de soude, de fer, administrés par la vois gastrique ou par la voie sous-cutanée, produisent un certain réveil de l'énergie. Le *glycéro-phosphate de chaux*, en particulier, passe pour rendre à l'organisme le phosphore dépensé en excès... Sans nier les cas heureux, il est prudent d'attendre la preuve. Et elle ne nous est pas fournie encore, parce que ces glycéro-phosphates sont aujourd'hui conseillés, comme la panacée divine, dans toutes les maladies sans exception ni distinction, à tel point que les malades s'étonnent lorsque le médecin *oublie* de les prescrire.

Quant aux médicaments réputés *toniques par excellence* et considérés comme indispensables dans le traitement de la neurasthénie (*coca*, *kola*, *maté*, etc.), ils entrent — ou n'entrent pas — dans la composition de liqueurs ou élixirs que les prospectus conseillent de prendre au dessert. Vu la qualité de l'alcool qui sert à fabriquer un grand nombre de ces produits, il faut éviter d'en faire abus; et c'est en faire abus que d'en absorber — comme l'indiquent non seulement les étiquettes, mais quelquefois les médecins les plus désintéressés — un verre à liqueur à la fin de chaque repas. Il y a là un véritable danger, autant pour les adultes que pour les enfants auxquels on prescrit parfois des doses élevées de ces poison *toniques*.

En résumé, ce n'est guère à la matière médicale que la

thérapeutique doit emprunter les *toniques* que la neurasthénie exige. Ces toniques sont l'*hydrothérapie*, le *massage*, une sorte de discipline des fonctions sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure. Mais comme quelques-uns des symptômes fondamentaux de la névrose sont, dans une certaine mesure, justiciables de la médicamentation, nous allons d'abord énumérer les plus importants de ces symptômes, en signalant d'une manière très générale les moyens de traitement qui leur conviennent.

1° Phénomènes céphaliques.

La *céphalée* neurasthénique est un des phénomènes les plus constants, et c'est un de ceux sur lesquels il semblerait que la thérapeutique dût avoir le plus de prise. La douleur n'est jamais assez intense pour motiver l'emploi des narcotiques tels que l'opium ou ses dérivés. Il est d'ailleurs toujours dangereux d'y recourir parce que, cette céphalée ayant plus de ténacité que de violence, l'habitude de l'opium ne serait que trop facile à contracter. Les toutes petites doses d'*antipyrine* et de *phénacétine*, prises quotidiennement pendant une ou deux semaines, suffisent quelquefois pour l'atténuer. Lorsqu'elles n'agissent pas, il est inutile de continuer plus longtemps l'expérience, et lorsqu'elles agissent, il faut encore en limiter l'usage, car elles ne sont pas sans inconvénients pour l'estomac et pour le rein. Il va sans dire que l'emploi de ces médicaments est subordonné au bon fonctionnement de ces organes.

Il en est de même du *pyramidon*, substance récemment prônée comme spécifique de la céphalée neurasthénique et dont les contre-indications sont les mêmes.

A part l'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon, quelquefois l'*acétanilide*, l'*exalgine* ou une association plus ou moins complexe de ces substances, aucun médicament ne doit être prescrit pour un laps de temps indéterminé. Périodiquement les journaux de médecine nous font part d'intoxications

produites par l'un quelconque de ces agents, principalement par l'exalgine et l'antipyrine, et en général survenues à la suite d'un emploi prolongé, comme si l'organisme avait été tout d'un coup sursaturé... Les médecins sont rarement responsables de ces malheurs. La plupart du temps la faute en est aux neurasthéniques eux-mêmes qui, malgré les avertissements, prennent l'habitude vicieuse de telle ou telle substance dangereuse, comme ils prendraient celle de la morphine, si on les laissait faire. Du reste, le véritable remède à la céphalée neurasthénique n'appartient pas nécessairement à la catégorie des nervins. Nous examinerons plus loin ce qu'il faut penser de l'emploi des bromures. Mais il est bien vraisemblable que les médicaments proprement dits n'ont pas sur la céphalée, sur la sensation de vide, sur la sensation de plénitude, sur la sensation de casque, etc., l'influence directe qu'on serait tenté de leur attribuer tout d'abord.

Le traitement de la céphalée consiste dans l'emploi prolongé de moyens tout différents, parmi lesquels l'*hydrothérapie*, les *exercices physiques* et la *thérapeutique psychique* sont infiniment plus efficaces que les drogues.

Après la céphalée il faudrait signaler la *rachialgie*. Voilà encore un symptôme contre lequel les préparations pharmaceutiques ne peuvent rien, ou bien peu de chose. Le repos seul en a raison. D'ailleurs, les très rares remèdes qui pourraient l'atténuer sont ceux qui conviennent à la céphalée.

2° Insomnie.

Nous disposons d'un certain nombre de médicaments qui procurent aux neurasthéniques un sommeil parfaitement calme sans avoir l'inconvénient de l'accoutumance.

Le *sulfonal*, le *trional*, le *tétronal* ont chacun une action soporifique distincte, et cela permet de les utiliser suivant les différentes indications.

Pour ceux qui s'étant endormis se réveillent dans le courant de la nuit sans pouvoir retrouver le sommeil, le sulfonal, pris

le soir, est le médicament de choix, car son action est lente.

Pour ceux qui n'ont pas leur « premier sommeil » naturel, qui tardent indéfiniment à s'endormir, le trional convient mieux que le sulfonal, attendu que son effet ne se fait pas attendre au delà d'une heure.

Pour ceux qui ont, comme on dit, « des nuits courtes », qui s'éveillent au lever du soleil et ne se rendorment plus après leur premier réveil, le tétronal est préférable encore, son action étant de courte durée.

Ces trois principaux médicaments sont à prescrire à des doses approximativement égales. Sans aucun inconvénient, on peut débuter par un gramme. Il y a même un inconvénient sérieux à n'en donner qu'une quantité insuffisante : la lutte de l'insomnie et du soporifique produit une agitation, un énervement, un malaise tout spéciaux, et la nuit est perdue. D'autre part, on ne doit pas prescrire plus d'un gramme et demi pendant plusieurs jours consécutifs ; ou bien il faut engager les malades à interrompre l'usage de cette dose de médicament un jour sur trois ou quatre. Le jour intercalaire, on donnera, tantôt le chloral, tantôt le chloralose, mais seulement en cas d'insomnie. En effet, il n'est pas rare que l'action du sulfonal et du trional se fasse sentir encore le troisième ou le quatrième jour. Il n'en est pas de même du tétronal.

Si aucun de ces agents n'était supporté, et surtout si aucun d'eux n'avait d'efficacité suffisante, il faudrait conseiller le *chloral* (surtout en lavements), le *chloralose*, l'extrait de *cannabis indica*, l'*uréthane*, etc., bref tous les narcotiques qui n'entraînent pas, comme l'opium, les exigences fatales de l'habitude. Quels qu'ils soient, on en limitera les doses au strict nécessaire, mais on fera en sorte que le malade recouvre le sommeil, car ce sont les bonnes nuits qui font les bons lendemains ; et cela est, dans le cas particulier de la neurasthénie, tellement vrai, que lorsque l'insomnie est rebelle, on peut pronostiquer la longue durée de la névrose.

L'insomnie, est d'ailleurs le symptôme dont les malades réclament le plus instamment d'être soulagés. Il est exceptionnel

que la thérapeutique soit impuissante. Si, par hasard, elle l'était complètement, il faudrait réserver le diagnostic lui-même : certaines formes de neurasthénie avec insomnie tenace doivent mettre en défiance sur l'éventualité possible d'une périencéphalite diffuse.

3° Vertiges.

De tous les phénomènes céphaliques de la neurasthénie, le vertige est certainement un des plus pénibles. C'est, en tout cas, le plus angoissant, et, malheureusement aussi, le plus difficile à guérir. L'incertitude de nos moyens tient en partie à l'incertitude où nous sommes des causes qui le produisent. Il est parfois d'origine gastrique, parfois d'origine circulatoire, parfois peut-être d'origine toxique, mais le plus souvent il est d'origine corticale et il dérive de l'anxiété psychique plus souvent qu'il ne la provoque. A ce titre, on le voit se combiner presque toujours à des phobies où le sens de l'espace est le plus souvent en cause, et dont l'agoraphobie est la forme la plus ordinaire.

Un seul médicament semble exercer une influence heureuse sur le vertige envisagé en soi : *la noix vomique*. Il faut la conseiller par conséquent, dans tous les cas, ne fût-ce qu'à titre d'essai : poudre, extrait, teinture, strychnine et ses sels, etc. Si la tolérance de l'estomac et de l'intestin le permet, on peut en très peu de temps élever assez notablement les doses.

4° Troubles dyspeptiques.

Ceux-ci sont tellement fréquents et quelquefois si précoces, que nombre de cliniciens — et des plus expérimentés — ont pu soutenir que la neurasthénie était un syndrome relevant d'une atonie gastro-intestinale primitive. Les phénomènes de stase gastrique l'emportent suivant les uns ; les modifications du chimisme stomacal sont les premières en date suivant les autres. Beaucoup de médecins américains prétendent

même aujourd'hui — hypothèse moins facilement admissible — que les troubles mécaniques et chimiques de la digestion résultent d'une névrose primordiale du grand sympathique. Quoi qu'il en soit, ces troubles peuvent être combattus par les moyens ordinaires, comme si les malades n'étaient pas des neurasthéniques; et ce traitement n'est jamais incompatible avec celui de la neurasthénie proprement dite.

Il y a des neurasthéniques hyperpeptiques, il en est d'hypopeptiques; quelques-uns sont tantôt hypopeptiques, tantôt hyperpeptiques; leur chimisme n'a rien de fixe et la thérapeutique qu'on leur applique un jour n'est déjà plus valable le lendemain. A cet égard, la fréquence des analyses et l'assiduité de l'observation sont indispensables si l'on veut éviter de faire fausse route. Les règles d'hygiène et les formules de traitement exposées ailleurs conviennent à ces malades et doivent être appliquées avec une ponctualité d'autant plus grande que la névrose est plus capricieuse.

Mais une variété vraiment spéciale de dyspepsie neurasthénique mérite d'être combattue avec des moyens de rigueur, c'est celle que Bouveret a décrite sous le nom de *forme grave de l'atonie gastro-intestinale* et qui accapare presque tous les cas de la neurasthénie *féminine*.

La neurasthénie féminine est mal nommée, en ce sens que toutes les femmes neurasthéniques n'ont pas la forme grave de l'atonie gastro-intestinale. Mais il est certain qu'une sorte d'épuisement nerveux complet, caractérisé par *toutes les asthénies*, représente le type accompli de la neurasthénie de la femme. C'est une modalité clinique qui se rencontre exceptionnellement chez les hommes, et qui cependant, lorsqu'elle se manifeste chez eux, obéit à la même fatalité de découragement et de dénutrition.

Tous les médicaments en pareil cas sont *mauvais*, sauf un seul, déjà nommé, *le fer*, et encore à la condition expresse que l'estomac l'accepte du premier coup sans révolte. Mais ce qui est bien plus indispensable, c'est l'exécution du programme d'hygiène générale qu'on appelle couramment mé-

thode de Weir Mitchell. Il va sans dire que tous les neurasthéniques sans distinction ne sont pas justiciables de ce traitement, du moins dans ce qu'il a de vraiment rigoureux : l'isolement. Tel neurasthénique, homme ou femme, s'accommoderait fort mal d'une claustration et d'une immobilisation que sa névrose n'a pas méritées. Mais il faut reconnaître que, même en ce qui regarde exclusivement la « forme grave de l'atonie gastro-intestinale », le repos absolu est un moyen presque toujours souverain. Étant donné l'épuisement nerveux et l'amoindrissement physique auxquels arrivent les neurasthéniques de cette sorte, le plus pressé est d'arrêter les progrès de l'amaigrissement et, si possible, de rendre au patient quelque embonpoint pour faire face à la dépense minima d'énergie vitale. C'est le régime de l'*épinette* qui réussit toujours lorsqu'on veut réaliser un engraissement rapide en peu de temps.

D'ailleurs on ne saurait mieux dire que Weir-Mitchell lui-même[1] ; il faut le citer : « Séparez la malade de l'entourage moral et matériel qui est devenu partie intégrante de sa vie de valétudinaire, et vous aurez amené un changement non seulement excellent par lui-même, mais encore extrêmement avantageux au point de vue du succès du traitement que vous vous proposez d'appliquer. Faut-il dire que ce premier pas n'est pas essentiel lorsque la malade, anémique, affaiblie et amaigrie, est tombée dans cet état par des causes bien définies, tel qu'un surcroît de travail ou une dyspepsie prolongée? J'ai surtout en vue ce groupe considérable et si difficile à manier de femmes émotives, à sang trop clair, pour lesquelles un mauvais état de santé est une habitude ancienne, on pourrait presque dire chérie.

« Pour ces dernières, il n'est souvent pas possible que l'on ait arrêté ce drame quotidien qui se joue dans la chambre de la valétudinaire, et qu'on en ait fini avec cet égoïsme et ce besoin impérieux de sympathie et de tolérance. Insistons donc sans hésitation pour obtenir ce changement, car non seulement

1. Weir-Mitchell. — Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes de l'hystérie; *trad. de* O. Jennng, Paris, 1888.

nous agissons dans le plus grand intérêt de la malade, mais encore dans l'intérêt de son entourage. »

Le régime alimentaire n'a certainement rien d'aussi sacramentel que le voudraient les partisans fanatiques de la méthode. Il peut et doit subir des modifications suivant les cas ; rien n'est dangereux comme les systèmes. Qu'on adopte la diététique de Weir-Mitchell, celle de Leyden, celle de Playfair ou celle de Burkhardt, ou n'importe quelle autre, (elles sont toutes traduites en toutes langues) le problème consiste à rendre la suralimentation possible à un estomac récalcitrant. Cela est affaire de dose, de ponctualité et de patience.

L'inconvénient de la méthode est sa simplicité même. Il semble qu'elle doive convenir à tous les cas. Encore une fois, il n'en est rien. Les rares neurasthéniques, qui, loin de s'abandonner à leur névrose, lui résistent et s'efforcent de collaborer avec le médecin, n'ont vraiment pas besoin de recourir à cette mesure suprême. Il faut, par contre, se montrer intraitable vis-à-vis des malades chez lesquels l'atonie gastro-intestinale est une menace d'inanition. Les parents ne secondent pas toujours le médecin, ils ont un argument formulé toujours dans les mêmes termes : « Si vous enfermez notre malade, vous allez le rendre fou *tout à fait* ! » La vérité est que lorsque les neurasthéniques acceptent à leur corps défendant la cure de Weir-Mitchell dans toute sa rigueur, leur rébellion secrète ne dure jamais plus de deux ou trois jours.

5° Troubles intestinaux.

Ils sont de formes diverses. La constipation par *atonie mécanique* est presque de règle. On prescrira donc les moyens ordinaires ayant pour effet de vaincre la paresse intestinale ; le massage local bien pratiqué est, parmi ces moyens, un des plus recommandables.

La *sécheresse* de la muqueuse accompagne généralement l'atonie de la musculeuse. En pareil cas, les suppositoires glycérinés devront être conseillés toujours de préférence aux purgatifs.

Lorsque la *colite sèche* alterne avec la *colite glaireuse* ou *muco-membraneuse*, le traitement local, tel que l'a formulé Revillod, rétablira la régularité des garde-robes (lavements au *salicylate de bismuth*). Il n'y a pas à insister sur les indications de ces troubles, qui n'ont évidemment rien de spécial, mais qui tiennent une si grande place dans la neurasthénie, qu'il faut les considérer comme exerçant à un moment donné une influence pathogénique nouvelle.

6° Troubles génitaux.

Les fonctions génitales sont parfois, mais non toujours, sérieusement compromises. Il est des neurasthéniques chez lesquels elles ne subissent, à aucun instant, la plus légère atteinte, en dépit de la dépression générale. Il en est d'autres chez lesquels l'*impuissance* paraît être à la fois la cause et l'effet : impuissance par défaut de désirs rarement, par peur presque toujours. Car la *peur de l'impuissance* est une phobie paralysante et c'est contre cette phobie qu'il faut agir, par persuasion. Mais le traitement psychique ne convient qu'aux sourds qui veulent entendre ; et ceux-là se bouchent les oreilles. On a beau leur répéter que leur spermatorrhée — s'ils croient en avoir — n'est pas de la spermatorrhée vraie; que le fait de s'être masturbés au collège ou ailleurs est un péché véniel dont les conséquences ne sont jamais si lointaines et si graves ; que leur incapacité d'entrer en érection ne résulte pas d'une lésion de la moelle épinière, mais d'une simple distraction; car c'est une intempestive distraction que de méditer au moment du coït sur une impuissance actuellement problématique...

Ces discours, en dépit de leur sincérité, ne portent pas toujours. Alors il faut prescrire l'*hydrothérapie chaude générale*, les *bains de siège frais*, les *lavements froids*. Dans les cas rebelles la *galvanisation périnéale* est utile : le pôle positif étant appliqué aux lombes, on promène le négatif sur le périnée, le scrotum, la verge (5 à 6 mill. A).

Aucun médicament n'agit sur l'impuissance génitale de la

neurasthénie si ce n'est par auto-suggestion ; et cela se passe d'explication puisque c'est une auto-suggestion qui crée cette impuissance.

Quant à la spermatorrhée vraie, elle constitue une névrose à part, indûment juxtaposée aux autres troubles génitaux de la neurasthénie. Elle s'y associe quelquefois, elle peut les précéder, elle peut même servir de prétexte à la neurasthénie, mais elle n'a rien de neurasthénique en soi. L'hydrothérapie est son grand remède.

La question de savoir s'il faut conseiller ou déconseiller aux neurasthéniques les rapports génitaux est simplement oiseuse. S'ils sont impuissants, ils n'ont qu'à espérer le bon effet du traitement. Si le bon effet se fait trop longtemps attendre, — et pour qui n'est-ce pas *trop* longtemps ? — ils ne doivent pas tenter les expériences vaines, qui les exposent à des affronts et assombrissent encore leur triste horizon. Et puis il faut leur rappeler que boire sans soif est toujours mauvais ; et enfin si la soif revient, il faut surtout leur conseiller de ne pas chercher à regagner tout le temps qu'ils ont passé sans boire. — *Ne quid nimis.*

7° Symptômes cardiaques, palpitations, fausse angine de poitrine, anxiété paroxystique.

Contre tous ces symptômes pénibles de la neurasthénie, nous disposons d'un certain nombre de médicaments vraiment utiles : ceux qui constituent le groupe physiologique des *antispasmodiques*.

Au premier rang figurent toutes les préparations de *valériane*, qu'on prescrit isolément ou associées à un adjuvant tel que l'*oxyde de zinc*, comme dans la formule des pilules de Méglin. La *teinture de valériane du Codex* et l'*extrait de valériane* sont des médicaments qu'on peut donner sans danger à des doses élevées et pendant un temps prolongé. C'est d'ailleurs lorsqu'on en fait prendre longtemps et régulièrement, qu'on en voit les résultats chez les faux cardiaques, palpitants ou angoissés. A ces préparations excellentes, la mode a substitué le *valérianate d'ammoniaque* qui passe pour avoir un effet

sédatif plus rapide. Sous ce rapport, le *valérianate d'amyle* est encore supérieur; une ou deux capsules écrasées entre les dents au moment d'une crise d'angoisse produisent une accalmie immédiate. Dans ces cas-là aussi, mais seulement dans ceux-là, les *bromures* paraissent exercer une influence favorable sur le nervosisme cardiaque. De même l'insomnie qui résulte de l'angoisse douloureuse peut être combattue par les bromures; encore faut-il interrompre l'emploi de ce médicament dès que le but a été atteint.

L'abus qu'on a fait des bromures depuis quelques années est inconcevable et leur insuccès dans la neurasthénie n'empêche pas cependant qu'on ne les prescrive. L'épilepsie est réputée la maladie nerveuse la plus redoutable, et comme elle cède aux bromures, il s'ensuit que les bromures sont considérés comme les spécifiques de toutes les maladies nerveuses, en vertu du principe « *Qui peut le plus peut le moins* ». Mais il y a des maladies nerveuses par excès, si l'on peut ainsi dire, et des maladies nerveuses par défaut. La neurasthénie figure en tête de ces dernières puisqu'elle est avant tout une névrose dépressive; et il serait au moins logique de ne pas la soigner par l'agent médicamenteux qui est de tous le plus *déprimant*. La logique, au demeurant, ne compterait ici pour rien si l'expérience n'était suffisamment démonstrative. Quelques neurasthéniques cependant prétendent qu'ils ne peuvent vivre sans bromures. Ceux-là appartiennent pour la plupart à une catégorie de maniaques qui frisent la vésanie vraie. Il n'est pas besoin de les observer longuement pour s'en apercevoir.

Tout cela, encore une fois, n'implique pas que les bromures ne soient indiqués dans les cardiopathies neurasthéniques, au moins à titre exceptionnel.

B. — AGENTS PHYSIQUES.

1° *Hydrothérapie.*

Sous le titre d'agents physiques on comprenait autrefois le froid, le chaud, le sec, l'humide, etc., qu'on maniait en quelque

sorte méthodiquement. L'hydrothérapie a substitué aux procédés anciens, compliqués et incertains, ses procédés simples et merveilleusement actifs. Mais il faut se garder de la prescrire à la légère sans spécifier le moyen à mettre en œuvre. Dans la langue courante, l'hydrothérapie, c'est l'emploi plus ou moins irraisonné de l'*eau froide* à l'extérieur. Ainsi la pratiquèrent deux apôtres, Priessnitz et Kneipp.

Mais si l'eau froide produit quelquefois de bons effets dans la neurasthénie, elle a bien plus souvent de fâcheux résultats. On a mis du temps à s'en apercevoir en France, et cela est simplement le fait de l'imitation routinière. Les malades avaient beau protester ; il fallait que la douche froide leur fît du bien, et toujours la même douche froide : « Jet brisé sur tout le corps excepté la tête et la nuque et à plein jet sur les membres inférieurs et les pieds, pendant quinze à vingt secondes. » Béni Barde et Materne ont protesté les premiers et avec raison contre cette uniformité impitoyable de l'hydrothérapie prescrite aux neurasthéniques. L'expérience leur donnait tellement raison que Bottey, après avoir préconisé ce procédé comme le meilleur, « celui qui donne les résultats les plus profonds et les plus durables », résume dans des termes tout à fait différents les principes de l'hydrothérapie appliquée au traitement de la neurasthénie : « Cette médication doit toujours avoir pour objectif une certaine modération au point de vue de l'application du procédé. Non seulement la durée des opérations doit être toujours dans des limites très courtes, mais il faut savoir aussi que, dans beaucoup de cas, les procédés faibles réussissent souvent mieux et que, dans bien des circonstances, les moyens trop énergiques ont aggravé la maladie. » La *modération* dont parle si justement Bottey, c'est l'emploi de la douche écossaise ; les procédés *faibles*, qui réussissent mieux que les autres, sont tous ceux qui utilisent l'eau *tiède*, à la température dite *indifférente*, c'est-à-dire aux environs de 37° centigrades. La douche tiède, donnée en jet brisé durant une, deux, trois minutes, est sédative par excellence. La plupart des neurasthéniques qui ont

expérimenté la première et la seconde préfèrent celle-ci, et non pour autre chose que le bien qu'ils en éprouvent, l'accalmie de leurs « algies » multiples, la souplesse des mouvements pendant les quelques heures qui suivent, enfin un certain entrain qui remplace la fatigue et leur permet de marcher.

La douche froide cependant trouve son emploi dans les formes où l'angoisse domine; mais elle doit être toujours de très courte durée, dix secondes au maximum.

Les applications locales du jet brisé ou atténué sont tout indiquées dans les formes douloureuses limitées, celles qui consistent en *topoalgies* — mauvaise désignation d'un fait exact — et qui forment presque tout le chapitre des neurasthénies partielles. C'est ainsi que Bouveret conseille la douche abdominale dans l'atonie intestinale, Bottey la douche périnéale dans les cas de spermatorrhée, etc. Toutes les indications d'ailleurs varient selon les sujets, leur tolérance, leur susceptibilité : il est donc permis de faire des expériences successives, prudemment conduites, pour déterminer le procédé hydrothérapique le plus convenable. Qu'il s'agisse de la douche froide, de la douche chaude, de la douche tiède, de la douche écossaise, du drap mouillé, du demi-bain refroidi, tous les moyens sont subordonnés à un coefficient personnel impossible à déterminer d'avance.

2° *Electricité.*

L'électrothérapie est la méthode de traitement la plus répandue, la plus en faveur auprès des profanes, on pourrait dire la plus populaire. Cela tient à ce qu'elle a son mystère, celui du fluide et des effluves. Mais elle est infiniment moins sûre, moins constante dans ses effets que l'hydrothérapie. Un électrothérapeute de profession a déclaré qu'elle agissait dans les quatre cinquièmes des cas, par suggestion, et il est permis de trouver qu'il n'a pas fait à la suggestion la part encore assez belle. On voudrait être convaincu qu'elle réussit toujours, — par suggestion ou autrement, peu importe. Beaucoup de

spécialistes, à cet égard, se suggestionnent encore plus que leurs malades. C'est une espèce de probité qui vaut mieux que trop de scepticisme. A les en croire, la neurasthénie ne résisterait pas à l'électrisation « scientifique ». Suivant les uns il faut *franklinniser*, selon les autres *galvaniser*, suivant d'autres encore *faradiser*. La vérité est que le mode d'administration de l'électricité, quel qu'il soit, présente sur tous les autres traitements un avantage considérable, celui de distraire un malheureux jusque là réfractaire à toute distraction. L'étincelle, le dressement des cheveux sur la tête, le bruit du trembleur, les oscillations du galvanomètre, tout cela possède une puissance thérapeutique dont un médecin sérieux aurait tort de faire fi. Il y a cependant des médecins à qui il répugne de se servir de pareils moyens. Ils ont tort, d'abord parce que l'électricité agit peut-être par elle-même... qui sait? et puis parce qu'il ne faut rien négliger de ce qui peut aider à guérir, et l'auto-suggestion est une ressource providentielle ; il suffit de la cultiver.

Dans le petit nombre de cas où Möbius reconnaît l'efficacité directe de l'électricité, les plus intéressants sont ceux où la diminution de l'atonie gastro-intestinale retentit favorablement sur l'ensemble de la névrose : il n'est donc que juste de proclamer les résultats merveilleux de la galvanisation dans cette forme de la neurasthénie où le tube digestif semble complètement paralysé, et où, en vérité, tout semble dériver d'un épuisement primitif du sympathique. « Pour agir sur le sympathique à l'aide du courant galvanique, on peut placer l'électrode indifférente dans le dos, en prenant une large plaque recouverte d'ouate, pendant que l'électrode active de 6 à 7 pouces de diamètre recouvre la région abdominale ; on doit donner à cette électrode la forme circulaire, de façon à embrasser tout l'abdomen.

« Les applications périphériques sont plus efficacement faites avec le courant galvanique qu'avec le courant faradique : le malade a toujours l'électrode dans la région dorsale, et, à l'aide d'une électrode plus petite reliée au pôle négatif, le médecin excite les différents points moteurs de chaque

membre et du tronc, à la façon labile : l'emploi d'un bon rhéostat est indispensable pour éviter toute sensation désagréable. L'intensité sera comprise entre 15 et 35 mille A., ce qui est suffisant pour produire des phénomènes moteurs dans tous les muscles. Cette excitation, tout aussi complète qu'avec le courant faradique, a, de plus, l'avantage d'agir en même temps sur les nerfs périphériques et sur les échanges cellulaires; enfin la régulation thermique des extrémités est obtenue bien plus facilement qu'avec l'emploi du courant faradique [1]. » L'influence « sur les échanges nutritifs et sur la régulation thermique reste problématique ».

C. — AGENTS MÉCANIQUES.

Tous les moyens sont bons s'ils ont pour effet de stimuler la sensibilité cutanée sans l'émousser ni l'exaspérer, s'ils activent la circulation périphérique, s'ils assouplissent non seulement le tégument mais les muscles et les jointures, s'ils décapent l'épiderme et font « refaire peau neuve ». A tous ces points de vue les frictions, les massages, la gymnastique passive — suédoise ou de toute autre nationalité — sont des moyens excellents. Il n'y a point à y insister. Leur emploi ne reconnaît d'autre contre-indication que la fatigue. Les spécialistes qui guérissent tout « avec la main » dépassent quelquefois la mesure. Il est prudent de tempérer leur zèle.

1° Psychothérapie.

La méditation inquiète des organes, l'insécurité pénible de tout l'être qui fait le fond de la névrose, entraînent un certain défaut de confiance générale à l'égard des personnes et des choses. Le médecin devra donc éviter bien soigneusement tout ce qui pourrait diminuer le petit reste de cette confiance que le malade veut bien lui accorder encore con-

1. Betton Massey. — *Med. Record*, juin 1896, an. p. Henri Bordier.

ditionnellement. Il est sûr d'atteindre son but en ne disant que la vérité, en disant même toute la vérité. Si le neurasthénique découvre qu'il a été trompé, il n'admet pas même la bonne intention pour excuse ou circonstance atténuante. Il constate simplement qu'on le trompe, par exemple en lui annonçant que sa maladie guérira dans tel délai, alors que ce délai est depuis longtemps expiré et que la maladie dure encore. Et il en conclura que c'est lui qui a raison en se déclarant incurable; que, d'ailleurs, il le sait bien, que ce médecin n'y entend rien, ne connaît pas le premier mot de sa maladie, comme tous ceux qu'il a déjà consultés ; et il ira sur-le-champ en consulter un autre. Tout sera à recommencer.

Pour forcer la confiance d'un sujet méfiant par définition, il faut séance tenante lui apporter la preuve qu'on sait aussi bien que lui ce qu'il croit lui seul savoir. Jusqu'ici, dans son entourage, on l'avait taxé de malade imaginaire, on allait jusqu'à lui reprocher d'exagérer ses maux; son médecin lui-même l'avait plaisanté... Au lieu de cela il s'entend dire qu'il est vraiment bien misérable, que ses doléances ne sont que trop justifiées, qu'on doit le plaindre sincèrement d'être en proie à des symptômes si pénibles, en particulier celui de l'angoisse paroxystique, qui est bien une des plus atroces sensations qu'un mortel puisse endurer... Enfin voilà donc un médecin qui le comprend !

Et lorsque le même médecin, qui sait « toute l'horreur de la situation », affirme que rien n'est perdu, la tentation de croire à sa parole est bien grande. Non seulement il faut qu'il dise la vérité, mais il faut qu'il ait le talent de persuader qu'il l'a dite. Car le médecin n'est pas toujours cru, même la disant avec cet accent auquel on ne se tromperait pas si l'on n'était pas malade.

Donc s'il annonce la guérison, il doit aussi annoncer la rechute, car la rechute est presque inévitable. Mais puisqu'il est toujours sincère, il doit prédire que cette rechute ne sera rien auprès de la première atteinte. Bien plus, la seconde guérison n'est quelquefois pas la bonne, la toute dernière et définitive. Une seconde récidive peut encore se produire au moment où

l'on se croyait garanti pour toujours. Mais la seconde récidive ne sera rien, il faut l'affirmer. Du reste, elle n'est pas inévitable, et, en tout cas, rien n'en ferait prévoir la date lointaine. Le malade se soucie peu des crises de l'avenir tant que dure celle du présent. Cependant, il ne peut s'empêcher d'ajouter foi, tout bas, aux prophéties de celui qui connaît si bien l'étendue de ses misères.

Le médecin doit à son malade toute la vérité ; mais il ne lui doit que la vérité. C'est-à-dire que, la confiance commençant à renaître, lorsque celui-ci demande indiscrètement : « Combien de temps cela durera-t-il? » le médecin n'a rien à répondre, si ce n'est qu'il n'en sait rien. La présomption d'une convalescence prochaine n'est fondée que sur certaines concessions du malade lui-même, certains aveux qui sont de bon augure. S'il accorde que tels ou tels symptômes se sont amendés, il faut prendre acte de sa déclaration et lui en faire valoir la très grande importance. Il l'appréciera si on lui apprend — et s'il veut bien croire — que tous les neurasthéniques, dans la période d'état de la névrose, c'est-à-dire lorsqu'aucune tendance à la convalescence ne s'est encore manifestée, affirment immanquablement qu'ils vont de plus en plus mal, et cela, même lorsqu'ils mangent, boivent, dorment et engraissent. Au malade qui n'a encore constaté aucun changement dans son état, et qui continue de se plaindre, le médecin n'a pas à répondre qu'il se trompe et qu'il va mieux ; car après tout il n'y a là rien de contestable, les phénomènes en question ne s'extériorisent pas et ce malade est seul bon juge de ses malaises. En revanche, on doit encore et toujours à la vérité de le rassurer sur le fonctionnement de ses organes, et se garder de lui inspirer des doutes en formulant une médication de complaisance.

Si la confiance du malade en son médecin est la première condition de la guérison, ne s'ensuit-il pas que le médecin ne sera pour rien dans la guérison, car la confiance, dit le proverbe, ne se commande pas?

Le proverbe a tort. La sincérité absolue finit par entraîner

une confiance qui suffit presque toujours. Et si le malade arrive à ce degré de confiance qui équivaut à « la foi qui guérit », il reconnaît que l'espoir lui revient un peu. Il n'en continue pas moins à éprouver les sensations qui avaient été le point de départ de sa dépression morale, et il demande encore à en être soulagé. C'est le moment où sa collaboration devient indispensable, la psychothérapie réclamant pour condition indispensable la soumission entière et aveugle du patient. Il faut alors lui imposer une ligne de conduite, en général inverse de celle qu'il pensait devoir suivre et que le commun des mortels se croit en droit de conseiller. En première ligne viennent certaines considérations relatives au *repos matériel.*

2° Repos.

La fatigue générale, l'incapacité d'agir, la difficulté de la mise en train, l'indécision en présence de toutes les déterminations à prendre, font que la plupart des neurasthéniques ont l'existence la plus oisive et la plus dénuée d'intérêt. Cela en particulier contribue à leur faciliter les retours mélancoliques sur eux-mêmes et à les exaspérer. Chez ceux qui ont une disposition naturelle à l'inquiétude, cette constatation permanente de leur entière inutilité est un motif de chagrin profond, et provoque souvent des crises de larmes et de désespoir. Ils ne peuvent triompher d'une obsession si impérieuse, et comme la cause, qui est l'asthénie primitive, subsiste, comme ils le savent et ne concèdent pas volontiers qu'elle ait ses remèdes, ils se voient emprisonnés à perpétuité dans le même cercle vicieux sans admettre la possibilité d'en sortir. Alors s'ils veulent bien encore marcher, faire quelques exercices, rendre visite à leurs amis, ils déclarent que c'est au prix d'efforts inimaginables.

Cependant on leur fait observer que la fatigue dont ils se plaignent n'est guère apparente... L'entourage des malades est en général fort mal renseigné, peu porté à la pitié, et en même temps tout disposé à donner des conseils. Au neurasthénique

qui se lamente sur sa faiblesse, son accablement, on répond invariablement : « Mais il faut se secouer! Il faut se remuer, aller et venir, prendre du mouvement ! etc... » Comme si le neurasthénique était capable de se secouer, de se remuer et de prendre du mouvement! Toute la maladie consiste à ne pouvoir faire le moindre effort sans être épuisé. Et le neurasthénique de reprendre : « C'est facile à dire, mais non à faire; si j'étais en état de faire tout cela, je ne serais pas malade. » Il a raison, et il n'y a en somme qu'à se conformer aux indications que la nature formule si clairement.

Vouloir imposer à un neurasthénique des exercices physiques auxquels il se refuse, c'est méconnaître la nature même de sa maladie, c'est le lancer sur un obstacle insurmontable, c'est lui prescrire un remède nuisible. L'effort dont il se jouerait dans l'état de santé normal va le harrasser et doubler, tripler, décupler peut-être sa fatigue. Il n'y a donc pas de plus mauvais conseil à lui donner que celui d'*oublier son mal* par l'entraînement physique. L'épuisement neurasthénique ne s'oublie pas ainsi sur commande : le résultat ne se ferait pas attendre. Le malade aurait une fois de plus la démonstration de son incapacité, et sa neurasthénie morale s'en accroîtrait d'autant.

Mais il ne s'ensuit pas que la névrose exige de tels ménagements qu'on doive se plier à tous les caprices du malade et lui interdire le moindre travail musculaire. Il n'y consentirait pas, pour la simple raison qu'il redoute la solitude et qu'il trouverait encore moyen de « se traîner » à la recherche d'un secours. Il faut traiter avec lui, et se garder de lui demander le plus pour obtenir le moins. C'est à la tâche minime qu'il souscrira, et c'est cette tâche d'une exiguité ridicule qu'on lui conseillera d'augmenter chaque jour, très lentement, très prudemment, sans chercher jamais à dépasser le programme convenu, sous prétexte d'aller plus vite. Rien ne vaut cette règle lorsqu'elle est ponctuellement observée ; car le malade qui se taille à lui-même sa propre besogne ne saurait reprocher au médecin d'avoir trop exigé de lui. Comme les gens les plus sains d'esprit, il est mieux disposé à recevoir

des encouragements que des ordres. Il se créera donc une habitude nouvelle, celle de certains efforts, et il n'en supprimera jamais rien, de façon que le progrès acquis soit définitif. La nature des exercices physiques importe peu. Il est également préférable de lui en laisser le choix. Ce qu'il faut exiger, c'est l'engagement d'un « *essai loyal* », et rien de plus.

La *marche* est de tous les exercices le plus facile à exécuter; peu à peu on en vient à d'autres qui sont en réalité plus profitables, par le fait qu'ils comportent une méthode et exigent de l'attention. L'escrime est sous ce rapport un exercice de premier ordre. Mais encore une fois, on n'en doit rien espérer si le malade n'y a pas consenti de bonne volonté. Après quelques semaines ou quelques mois, lorsqu'il commence à espérer qu'il ira mieux, il faut lui montrer les bons effets de sa persévérance, lui faire avouer l'amélioration qu'il ressent. Il n'en convient pas spontanément. Une certaine fausse honte le retient, l'empêche de reconnaître l'évidence; il n'admet pas qu'il ait pu se tromper à ce point, et puis il n'ose pas croire qu'il pourrait guérir complètement. Chose à peu près constante, un neurasthénique qui n'est pas complètement guéri n'admet pas les progrès déjà réalisés, alors qu'ils sont d'une absolue évidence. Le jour où il les reconnaît pour authentiques, ce jour-là marque son entrée en convalescence

3° Distractions. — Emploi du temps.

Il en est des distractions comme de l'exercice physique. Les neurasthéniques sont révoltés de s'entendre dire à satiété « qu'il faut se distraire, s'amuser, aller au concert, au théâtre, voyager, etc. ». Ils sont absolument incapables de jouir d'un plaisir conseillé ou prescrit. Nul autre spectacle ne les captive que celui qu'ils se donnent à eux-mêmes de leur pauvre personnalité souffrante. Ils semblent s'y absorber à tel point qu'on est tenté de croire qu'ils s'y complaisent. De fait, quoiqu'ils vivent dans un bien vilain cauchemar, ils ne font

rien pour s'y dérober. Est-ce à dire qu'on ne doive pas les encourager à chercher une diversion? Assurément si; mais, le faisant, on leur laissera encore la liberté absolue de choisir. On les engagera surtout à ne jamais fuir les occasions qui se présentent, sans être cherchées.

La distraction non voulue, non achetée, celle qui vient du hasard et à laquelle on ne peut pas plus échapper qu'à une rencontre fortuite, celle-là est bienfaisante. C'est la bonne fortune qui s'offre, qui se donne; il faut succomber à sa douce violence. Mais puisque seul le hasard la fournit, comment compter sur elle? — Voilà précisément où les voyages deviennent quelquefois utiles; car ils sont faits d'aspects et d'incidents imprévus, parmi lesquels les plus désobligeants ne sont pas les moins salutaires. Tout ce qui peut raviver des sentiments éteints, provoquer une surprise ou une révolte, écarte forcément la pensée de son objet habituel, et la guérison ne s'accomplit que par une désaccoutumance progressive.

Le conseil de voyager ne convient pas à tous les cas, abstraction faite de ceux où des raisons matérielles s'y opposent. Les neurasthéniques dyspeptiques à digestions lentes et douloureuses ne s'accommodent guère des changements et des irrégularités du régime alimentaire. Les anxieux, les vertigineux, les phobiques au contraire, non seulement supportent les déplacements, mais en ressentent toujours comme une secousse bienfaisante. Encore deux conditions sont-elles indispensables: la première est qu'ils ne partent pas seuls, car ils seraient bientôt de retour. La seconde est que leur compagnon de route, par sa patience, sa douceur, sa ferme volonté d'exécuter jusqu'au bout le programme convenu, exerce un ascendant qui interdise d'avance toute velléité de retraite. Son rôle est difficile à tenir, d'autant que la durée en est indéterminée, et que les doléances incessantes du patient risquent de transformer en exaspération la mansuétude la plus éprouvée.

Le voyage est le meilleur moyen d'obtenir la *distraction sans effort*. Le seul fait qu'on change de pays, de climat,

de milieu, d'habitudes, entraîne un changement de tout l'être; il ne peut plus rien subsister des conditions d'existence au milieu desquelles la maladie a pris naissance. L'activité psychique trouve ainsi à se dépenser suivant les obligations matérielles d'une vie journellement renouvelée. On conçoit que la participation du malade soit nécessaire; il doit avoir sa besogne mesurée de manière à négliger son mal ou à le surmonter sans fatigue réelle.

Toutes les autres distractions tendant au même but par des moyens analogues peuvent produire les mêmes bons résultats à moins de frais. Mais l'éloignement a un avantage considérable : celui de séparer le neurasthénique de ses gardes-malades naturels, les pires de tous, ces parents bien intentionnés, qui jouent les confidents raisonneurs, sans se lasser de leur perpétuel insuccès, et qui font dix fois plus de mal que s'ils l'avaient réellement voulu.

Tous les procédés de *distraction* se proposent, en somme, conformément à l'exacte signification de ce mot, non pas de procurer du plaisir, mais de *tirer* le malade de ses réflexions sur lui-même, sur la désorganisation de ses viscères et l'arrêt de leurs fonctions. Qu'une partie du temps qu'il y emploie soit donc utilisée d'une façon différente et assurément meilleure, quelle qu'elle puisse être. Car telle est l'utilité de l'*ordre du jour* quotidien, que si les neurasthéniques l'observent passivement — à titre d'essai — pendant quelques semaines ou seulement quelques jours, ils en constatent l'action puissante, comme celle de toute règle ponctuellement suivie, et ils continuent de s'y soumettre. Ils continuent aussi de protester, mais simplement pour la forme.

Le problème de l'*emploi du temps* est, dans la pratique, un des plus difficiles à résoudre, et c'est aussi celui sur lequel on est le plus souvent interrogé, le plus instamment pressé. Le malade est-il, oui ou non, en état de continuer l'exercice de ses fonctions, la gestion de ses affaires, la direction de son commerce? Et si la question n'est pas posée dans ces termes, elle l'est dans les suivants, encore plus impératifs : « Est-il *bon*,

est-il *mauvais* que le malade se livre à ses occupations habituelles? » La réponse est très simple lorsqu'il s'agit de certaines occupations qui n'entraînent aucune responsabilité, qui admettent un certain laisser-aller, qui ne périclitent pas, si, selon les circonstances, « on en prend et on en laisse ». Alors c'est au malade lui-même de décider. On l'engage à faire tout ce qu'il croit pouvoir faire à condition de ne se créer ni ennuis, ni fatigues, ni scrupules, ni remords. Mais si la continuation des occupations ordinaires produit l'un quelconque de ces résultats, si la tâche paraît chaque jour plus lourde, si la neurasthénie s'exagère en raison directe des efforts accomplis, il n'y a pas à hésiter ; on il faut couper court. Nouveau prétexte à récriminations nouvelles : « On n'est plus bon à rien, on est mis en tutelle, c'est l'acheminement rapide vers la fin, etc., etc. » Il faut laisser dire ; toutefois, comme l'oisiveté est mauvaise conseillère, on exigera des malades une tâche nouvelle, une besogne qu'il ignore et qui nécessite un petit apprentissage. Tout cela sera subordonné aux aptitudes de chacun. Il en est qui savent employer leurs ressources intellectuelles à des travaux pour lesquels ils n'étaient nullement préparés, et ils s'en acquittent à souhait, au vu et au su de tous. Mais comme ils n'ont plus aucune confiance en leurs moyens, ils se refusent à croire qu'ils ont atteint le but et il faut les encourager sans trêve pour qu'ils n'abandonnent pas la partie. Pour le plus grand nombre ce sont les petits travaux matériels, les occupations des doigts qu'il vaut mieux conseiller, car ils sont à la portée de tous et l'on n'a que l'embarras du choix. Un ordre du jour à peu près invariable devra réserver quelques instants à ces sortes d'ouvrages ; il sera même bon de les varier afin qu'ils ne soient pas exécutés par trop machinalement. Bref, il faut chaque jour, à chaque instant, fournir au malade la preuve qu'il n'est pas l'incapable, l'inutile, le « ramolli » qu'il croit être. Il faut qu'il se réhabilite à ses propres yeux, qu'il se donne enfin à lui-même la démonstration du mouvement en marchant. Il n'y a jamais que le premier pas qui lui coûte.

4° Isolement.

Voilà, pour terminer, le grand moyen dans les cas où, les phobies se multipliant, devenant incessantes, le malade s'immobilise, s'annihile et impose à tous la tyrannie de son encombrante passivité. « Il est nul, n'est plus bon à rien, n'aime plus personne, croit qu'il n'est plus aimé de personne », n'ose plus sortir sans être accompagné, n'a plus de volonté ni d'énergie pour rien, si ce n'est pour se plaindre et rabâcher les mêmes interminables doléances. La mesure est comble. Les parents récalcitrants, qui jusque là ne voulaient pas entendre parler de l'isolement, réclament maintenant l'intervention du médecin pour obtenir du malade qu'il y consente ou pour qu'il le lui impose. Celui-ci est d'autant plus difficile à convaincre et la névrose est d'autant plus rebelle au traitement que l'habitude de souffrir est de plus longue date. On ne saurait donc trop se hâter ; il faut recourir à la seule véritable discipline, celle que les parents les plus intelligents et les plus dévoués ne sauraient ni concevoir ni appliquer eux-mêmes.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE LA MALADIE DE PARKINSON

(Paralysie agitante)

PAR

HENRY MEIGE.

I

Considérations générales.

Aussi longtemps que la nature de la maladie de Parkinson restera obscure et controversée, sa thérapeutique demeurera forcément imparfaite, changeante, et, malheureusement, peu efficace. C'est à peine si quelques médications palliatives réussissent, dans les séries heureuses, à atténuer pour un temps les phénomènes les plus pénibles. Ces minimes succès sont toujours éphémères, et tel médicament qui semblait apporter au malade un soulagement, fût-il temporaire, échoue complètement dans un cas en apparence identique.

Ces réserves faites, pour mettre en garde contre la prétendue valeur spécifique de certaines substances médicamenteuses, il est bon d'ajouter que le clinicien n'est pas complètement désarmé en face de la maladie de Parkinson.

S'il est forcé de se déclarer impuissant à enrayer l'évolution fatalement progressive de la maladie, il peut du moins, dans la majorité des cas, apporter un amendement aux symptômes qui affectent le plus vivement les malades, en particulier la *raideur* et le *tremblement*.

Suivant que la maladie de Parkinson a été considérée comme la manifestation clinique de lésions du névraxe (moelle, bulbe, ou encéphale), ou comme la résultante d'une altération de la fibre musculaire, ou encore comme une simple névrose, le traitement institué pour la combattre a emprunté ses indications à la thérapeutique des maladies organiques ou dynamiques du système nerveux, ou à celle des affections musculaires.

Les faits anatomiques sont encore trop peu nombreux, et surtout trop disparates, pour permettre d'accepter avec quelque certitude l'une ou l'autre de ces hypothèses pathogéniques.

Toutefois, il faut reconnaître que l'évolution progressive de la maladie, les ictus apoplectiformes qu'on y observe, sa localisation fréquente sur une seule moitié du corps, ses nombreuses similitudes avec les autres affections dimidiées, et avec les syndromes cliniques produits par les lésions bulbo-protubérantielles, — enfin un groupe important de faits anatomiques révélant des lésions, banales en apparence, mais indiscutables, de la moelle, du bulbe, de la protubérance, des pédoncules cérébraux, — tous ces faits militent singulièrement en faveur d'une localisation pathologique dans les régions supérieures du névraxe, et contre l'hypothèse d'une névrose ou d'une maladie de la fibre musculaire.

II

Indications thérapeutiques générales.

La thérapeutique de la maladie de Parkinson doit rester conforme dans ses grandes lignes à celle des autres affections organiques des centres nerveux. Le tremblement, qui d'ailleurs peut faire défaut dans certains cas, nécessite cependant une médication spéciale. La raideur peut aussi être combattue par des révulsions et des exercices appropriés. Enfin, l'état mental des Parkinsoniens doit être pris en sérieuse considé-

ration. L'espoir d'un amendement à leur pénible situation, les prévenances de l'entourage et les distractions qu'on peut aisément leur procurer ont toujours une salutaire influence sur ces malades.

Presque tous les agents thérapeutiques usités en neuropathologie ont été essayés contre la maladie de Parkinson.

Le plus grand nombre, il ne faut pas craindre de le dire, est inefficace. Quelques-uns même sont dangereux. Nous ne les rappellerons que pour mémoire.

C'est ainsi que Charcot a remarqué que la *strychnine* et l'*ergot de seigle*, loin de produire un effet heureux, exaspéraient le tremblement.

La *picrotoxine*, d'un maniement difficile, cause souvent des intoxications.

Le *chlorure de baryum* (Brown-Séquard), le *sous-carbonate de fer* (Elliotson) ne produisent aucun effet.

L'*arséniate de potasse*, employé avec succès par Enlenburg, n'a donné aucun résultat entre les mains de Bourneville.

Le *chlorure d'or et de sodium* est rarement actif, ainsi que le *bromure de camphre* (Bourneville).

Le *borate de soude* a produit, dans quelques cas, une diminution temporaire du tremblement et de la raideur.

Grasset et Sacaze ont prescrit :

℞ Borate de soude 0gr,50

Pour un cachet.

Deux cachets par jour, augmenter tous les 5 jours d'un cachet jusqu'à 4, 5 et 6 par jour (Grasset).

Mais l'estomac supporte difficilement ce médicament. Il peut donner lieu à des nausées, à de la diarrhée et à des éruptions cutanées (Lemoine, Gowers, Féré).

Les lésions dites de *sénilité précoce*, qui constituent, d'après certains auteurs, le substratum anatomo-pathologique de la paralysie agitante, et qui peuvent être sous la dépendance d'altérations vasculaires, ont engagé à prescrire l'*iodure de potassium* ou de *sodium* aux doses de 1 à 4 grammes par jour.

Les partisans de la névrose ont préconisé le *bromure de*

potassium et, d'une façon générale, tous les antispasmodiques usités. Gowers a ordonné l'*opium* associé au *chanvre indien*.

G. Gauthier, convaincu de l'origine musculaire de la maladie, — qu'il considère comme relevant d'une auto-intoxication phosphaturique liée à un trouble de la nutrition du muscle, — est d'avis qu'il y aurait lieu d'expérimenter les *injections de suc musculaire* dans la thérapeutique de la paralysie agitante. Mais rien n'est venu confirmer, jusqu'à ce jour, la valeur de cet aperçu pathogénique et thérapeutique.

Enfin, dans quelques cas, où les phénomènes douloureux siégeant dans les jointures laissent supposer que le rhumatisme chronique ajoute ses accidents à ceux de la paralysie agitante, le *salicylate de soude* peut être prescrit avec quelque succès. Cette coïncidence n'est pas rare et l'on ne peut nier les analogies que présente certaines déformations parkinsoniennes avec celles de la goutte et du rhumatisme des vieillards.

III

Traitement des symptômes spéciaux.

En réalité, le traitement de la maladie de Parkinson s'adresse presque uniquement aux deux symptômes : *tremblement* et *raideur musculaire*.

A. — TREMBLEMENT.

On a constaté que les médicaments dont l'ingestion détermine des vertiges semblent agir d'une façon particulièrement efficace contre le *tremblement*. Renzi voit dans ce fait un argument en faveur de l'origine encéphalique de ce symptôme.

Trois alcaloïdes, l'*hyosciamine*, l'*hyoscine* et la *duboisine* comptent à leur actif de réelles améliorations, passagères, il est vrai, mais leur emploi bien dirigé amène presque toujours une diminution du tremblement et parfois de la raideur.

Malheureusement l'accoutumance est assez rapide, et,

d'autre part, on ne peut impunément augmenter les doses prescrites par suite de l'intolérance de l'estomac et des dangers d'intoxication.

Ces médicaments devant être absorbés à doses très minimes (fractions de milligrammes), on aura soin de s'entourer de toutes les précautions nécessaires pour assurer l'exactitude du dosage et la pureté des produits.

Charcot a bien fait ressortir les propriétés thérapeutiques de l'*hyosciamine* et les a utilisées avec succès contre le tremblement de la maladie de Parkinson. L'hyosciamine semble en effet agir uniquement sur les phénomènes moteurs qui relèvent des affections chroniques du système nerveux. Mais son emploi doit être proscrit lorsqu'il s'agit de poussées inflammatoires aiguës des centres et des méninges. Enfin elle ne possède aucun pouvoir soporifique (Siemens. W. P. Spratling).

On donne le plus souvent le médicament sous forme de *granules* de 1/2 milligramme, en débutant par 1 ou 2 milligrammes par jour, pour atteindre au maximum 5 à 6 milligrammes. A doses plus élevées, l'hyosciamine cause des troubles digestifs, des vertiges et surtout une sécheresse de la gorge très pénible.

On prescrira des doses successivement croissantes et décroissantes pendant dix jours.

Granules *d'un milligramme d'hyosciamine amorphe* (Grasset) ou de *bromhydrate d'hyosciamine* (Charcot).

Le 1er jour		1	milligramme.
Le 2e »		2	—
Le 3e »		3	—
Le 4e »		4	—
Le 5e »		5	—
Le 6e »	revenir à	4	milligrammes.
Le 7e »		3	—
Le 8e »		2	—
Le 9e »		1	—
Le 10e »		1	—

Se reposer pendant quatre ou cinq jours, et recommencer

comme précédemment, ou alterner pendant les dix jours qui suivent avec :

℞ Chlorure d'or et de sodium...	0gr,05 à 0gr,10 centigrammes.
Eau distillée.....	300 grammes.

Dissolvez.

Une cuillerée à soupe à chaque repas.

L'hyosciamine peut être prescrite en *pilules* :

℞ Hyosciamine	0gr,001 milligramme.
Extrait de stramonium.....	0gr,02 centigrammes.
Poudre de guimauve.....	Q. S.

Pour 1 pilule N° 30, 1 à 4 pilules par jour.

ou en *sirop* :

℞ Hyosciamine.....	0gr,02 centigrammes.
Eau distillée.....	10 grammes.

Faites dissoudre et ajoutez :

Sirop de sucre.....	500 grammes.

L. m. s. a.

Deux à quatre cuillerées à café par jour.

Pour éviter les phénomènes gastralgiques qui rendent l'usage de l'hyosciamine impossible chez certains sujets, on a songé à administrer ce médicament par la *voie hypodermique*.

La solution suivante est d'un emploi facile :

℞ Hyosciamine.....	0gr,01 centigramme.
Eau distillée bouillie.....	10 grammes.

Dissolvez.

Un centimètre cube contient 1 milligramme d'hyosciamine.

On commencera par injecter 1/4 de centimètre cube (1/4 de milligramme d'hyosciamine) pour éprouver la susceptibilité du malade. Il n'est pas rare en effet, même avec cette dose très faible, de voir survenir au bout d'un quart d'heure ou vingt minutes, la sécheresse de la gorge et des sensations vertigineuses.

Si ces accidents, qui se dissipent d'ailleurs rapidement, se produisent, on devra diminuer la dose de liquide injecté (1/5, 1/6 de centimètre cube).

Les premières injections amènent une diminution notable du tremblement et de la raideur pendant quelques heures.

Mais cet effet n'est guère durable et il devient nécessaire de renouveler les injections deux ou trois fois par jour, ce qui rend le mode d'administration de l'hyosciamine assez difficile dans la pratique.

Il ne serait d'ailleurs pas prudent de confier au malade le soin de faire lui-même ces injections délicates.

L'*hyoscine*, alcaloïde isomère de l'atropine et de l'hyosciamine, jouit à peu près des mêmes propriétés (Gordon Sharp). Elle serait identique à la *scopolamine* (alcaloïde extrait du *scopolia atropoïdes* (Solanacées).

On l'a expérimentée au début contre les attaques d'épilepsie et d'hystéro-épilepsie qu'elle prévient quelquefois (Bela Nagy).

Son emploi dans la paralysie agitante ne semble pas devoir être préféré à celui de l'hyosciamine. Il faut en effet la prescrire à doses plus faibles, et les mêmes accidents d'intoxication sont à redouter. Cependant l'hyoscine exerce une action inhibitrice certaine sur les tremblements en général (J. Bruce, Erb, Combemale et Mairet).

On utilise le *chlorhydrate d'hyoscine* en *granules* d'un demi-milligramme (ne pas dépasser 3 milligrammes), ou le *bromhydrate d'hyoscine* en pilules :

℞ Bromhydrate d'hyoscine.....	0gr, 001 milligramme.
Codéine.....	0gr, 01 centigramme.
Poudre de guimauve.....	0gr, 02 centigrammes.
Excipient	Q. S.

Pour 1 pilule N° 20. 1 à 3 pilules par jour.

Le *chlorhydrate* ou *l'iodhydrate d'hyoscine* (Frentzel) s'emploient aussi en *injections sous-cutanées* :

℞ Chlorhydrate d'hyoscine.....	0gr, 05 centigrammes.
Eau distillée bouillie	50 grammes.

Dissolvez.

Un centimètre cube de la solution contient 1 milligramme de chlorhydrate d'hyoscine.

Injecter 1/4 de centimètre cube de la solution, et jusqu'à 1/2 centimètre cube. Mêmes remarques que pour l'hyosciamine.

Cheynet[1], étudiant les modes d'administration de l'hyoscine, recommande de ne pas dépasser 4 dixièmes de milligramme en injection hypodermique et conseille la solution suivante :

℞ Chlorhydrate d'hyoscine.....	0gr,002
Eau stérilisée.....	10 cent. cubes.

Un centimètre cube de la solution équivaut à 2 dixièmes de milligramme de chlorhydrate d'hyoscine.

Avec une injection de 2 à 3 dixièmes de milligramme, le tremblement est notablement atténué pendant une durée maxima de 18 heures. Sauf le cas où le patient est atteint d'une affection cardiaque, les injections peuvent être répétées impunément pendant plusieurs semaines consécutives.

La *duboisine*, alcaloïde extrait des feuilles de la *Duboisia myoporoïdes*, employée depuis peu d'années, semble une succédanée de l'hyosciamine, préférable à l'hyoscine.

Elle possède une action dépressive énergique sur le pouvoir excito-moteur, accélère le pouls et la respiration, en diminuant la tension artérielle. Elle dilate considérablement la pupille (Grandferry). Son pouvoir sédatif et hypnotique est discutable (Skuridin, Tambroni et Cappeletti).

L'*extrait de duboisine* doit être rejeté comme inégal dans ses effets, et capable de donner lieu à des accidents toxiques : vertiges, vomissements, hallucinations, convulsions, sueurs et diarrhées profuses, sécheresse extrême de la gorge, soif ardente (Marandon de Montyel).

Le *sulfate neutre cristallisé de duboisine* est plus maniable et d'un effet plus sûr (Cividalli et Gianelli, Ladislaus, Marandon de Montyel, etc.).

On prescrira le sulfate de duboisine en granules de 1/4 de milligramme, qui seront administrés en nombre croissant depuis 1/2 milligramme (2 granules par jour, un à chaque repas) jusqu'à 2 milligrammes (8 granules par jour, 4 à chaque repas).

Francotte a constaté les effets heureux du sulfate de du-

1. Cheynet. — *Thèse de Lyon*, 1897.

boisine sur le tremblement parkinsonien, mais ces bienfaits ne durent pas plus de deux ou trois jours. Francotte a administré le sulfate de duboisine en *granules* de 1/2 milligramme, de 3 à 6 granules par jour. Des doses moins élevées peuvent suffire à atténuer le tremblement. A plus haute dose, la duboisine peut causer de légers malaises (sécheresse de la gorge, troubles de la vue, etc.).

Les *injections hypodermiques* de sulfate de duboisine ont été expérimentées par Mendel dans douze cas de paralysie agitante à la dose de 2 à 3 *dixièmes de milligramme*.

La diminution du tremblement a été notée dans tous les cas; la marche, l'écriture devenaient possibles pendant une durée de 3 à 5 heures. On doit faire deux ou trois injections par jour, toutes les cinq heures.

L'amélioration temporaire est manifeste (Marie). Mais l'effet du médicament s'épuise très rapidement.

Employer :

℞ Sulfate neutre cristallisé de duboisine. 0gr, 01 centigramme.
Eau distillée bouillie..... 20 grammes.
Dissolvez.

Chaque centimètre cube renferme 1/2 milligramme de sulfate de duboisine. On commencera par injecter 1/4 de centimètre cube, puis 1/2, jusqu'à un milligramme par jour (en deux injections de 1/2 milligramme matin et soir).

Les doses ont été portées jusqu'à 1, 2, et même 4 milligrammes chez les aliénés agités (Marandon de Montyel).

Employée avec prudence, la duboisine peut rendre de réels services chez les Parkinsoniens. Elle introduit des périodes de calme et de repos dans l'évolution progressive de la maladie. Il sera bon de la réserver pour les jours où le tremblement acquiert une intensité plus grande et d'interrompre fréquemment les injections, en alternant avec les granules d'hyosciamine.

Sa suppression brusque n'entraîne pas d'accidents, mais sa continuation provoque des troubles gastriques et des phéno-

mènes de dénutrition assez rapides. Enfin, elle est contre-indiquée chez les sujets atteints de lésions cardiaques.

Un autre alcaloïde, la *Solanine*, peut être employé isolément, ou associé à l'hyosciamine.

℞ Solanine.....	0gr, 01 centigramme.
Poudre de jusquiame.....	0gr, 02 centigrammes.
Bicarbonate de soude.....	0gr, 20 —

Pour 1 cachet N° 20, 4 cachets par jour.

Boeri recommande aussi la *daturine* et l'*atropine*.

Enfin, la *spartéine*, à la dose de 1 à 3 centigrammes, a été usitée par Potts.

En résumé, de tous ces alcaloïdes, la préférence doit être donnée à l'hyosciamine (granules), à l'hyoscine et à la duboisine (granules ou injections hypodermiques).

Leur emploi doit être limité, alterné et entrecoupé de périodes de repos nécessaires pour éviter l'intolérance gastrique qui constitue le principal écueil du traitement, et pour remédier en même temps à l'accoutumance rapide chez certains sujets, ainsi qu'aux dangers d'intoxication auxquels d'autres sont particulièrement exposés.

B. — RAIDEUR MUSCULAIRE.

La *raideur parkinsonienne* est un symptôme presque aussi pénible que le tremblement. Certains sujets en souffrent même beaucoup plus que de ce dernier, qui, d'ailleurs, varie spontanément d'intensité suivant les jours, et peut même faire entièrement défaut pendant toute la durée de la maladie.

La rigidité musculaire des Parkinsoniens, qui crée leur *soudure* caractéristique, cause une fatigue et une gêne extrêmement pénibles Les malades s'ingénient à atténuer ces symptômes par toutes sortes d'artifices. Au début, ils parviennent encore en s'étirant, en modifiant leurs positions, à faire cesser de temps en temps leur malaise.

Plus tard, les mouvements actifs devenant de plus en plus paresseux, ils ont recours aux personnes de leur entourage pour faire exécuter à leurs membres raidis des mouvements passifs qui leur procurent un bien-être de quelques instants.

En ville, les malades aisés réclament de leurs proches ou de leur domesticité ce soulagement temporaire qu'il serait inhumain de leur refuser. Mais il sera bon de réglementer ces pratiques d'assouplissement pour réduire à de sages limites des exigences qui deviennent rapidement tyranniques.

Le *massage* et surtout des *exercices gymnastiques* prescrits méthodiquement, à heures fixes, convenablement espacées dans la journée, rendront à cet égard de grands services.

Tous les Parkinsoniens s'accordent à reconnaître le soulagement qu'ils éprouvent quand on frictionne leurs membres et quand on en fait jouer les articulations. Une période d'accalmie dans le tremblement et de souplesse relative succède presque toujours aux exercices actifs ou passifs.

Si le malade est encore assez valide pour exécuter lui-même les mouvements des différents segments de son corps, il faudra lui dicter un programme d'exercices gymnastiques simples à remplir deux ou trois fois par jour (mouvements de flexion, d'extension, de rotation des membres, de la tête et du tronc, sans oublier les doigts dont la soudure précoce est un désagrément insupportable).

Si les progrès de la soudure sont tels que ces mouvements spontanés soient irréalisables, il faudra les faire exécuter passivement aux malades, lentement, progressivement, en mobilisant les jointures dans tous les sens, et principalement dans le sens de l'extension.

La majorité des Parkinsoniens ont en effet les membres soudés en flexion et la raideur des muscles fléchisseurs est parfois chez eux difficile à vaincre.

Les exercices en question, accompagnés d'un massage modéré des fléchisseurs, outre le bien-être incontestable qu'ils procurent sur le moment et quelques instants après, pré-

viennent les ankyloses et atténuent les attitudes vicieuses.

Ils ont aussi une heureuse influence sur le moral des sujets en leur démontrant que la raideur des membres n'est pas insurmontable. On ne saurait trop leur répéter qu'il ne s'agit pas de paralysie, au sens strict du mot, — car presque tous croient être frappés d'impotence musculaire. Il n'en est rien. Sauf à la période ultime de la maladie, les Parkinsoniens sont capables de donner au dynamomètre des chiffres qui contrastent avec leur état d'infirmité apparente. Ils peuvent aussi exécuter au commandement des mouvements étendus et compliqués, à la condition de les faire avec lenteur et en y concentrant leur attention. C'est ce qu'il importe de leur faire comprendre par quelques expériences patiemment dirigées. Par là aussi on arrivera souvent à retarder les progrès de l'ankylose, conséquence obligée des attitudes soudées.

On s'efforcera surtout de faire décontracter volontairement les muscles les plus rigides, les fléchisseurs de l'avant-bras et des doigts, par exemple, en utilisant la contraction des antagonistes.

Les mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction de la jambe et du pied ; les mouvements d'extension, de rotation et d'inclinaison latérale du tronc et de la tête, devront être répétés quotidiennement à plusieurs reprises pendant cinq à dix minutes.

Le nombre et la durée des séances d'exercices varient nécessairement suivant les malades. En aucun cas, ils ne doivent être poussés jusqu'à la fatigue.

Le tremblement subit aussi des modifications appréciables grâce à ce mode de traitement. Son intensité, très variable suivant les sujets, — et chez le même sujet d'un moment à l'autre, — est généralement en proportion directe de la rigidité musculaire.

Les mouvements qui s'exécutent avec moins de raideur sont aussi moins tremblés. D'ailleurs, sauf quelques rares exceptions, le tremblement de la paralysie agitante diminue, et même cesse complètement, à l'occasion des mouvements volontaires.

Ainsi, toutes les manœuvres qui ont pour résultat de mobiliser les segments des membres dissipent en même temps la gêne causée par la raideur et celle que procure le tremblement.

Les *troubles de la marche*, dans la maladie de Parkinson, deviennent, au bout d'un temps plus ou moins long, assez sérieux pour rendre la progression fort difficile, souvent même dangereuse.

La raideur des jambes entraîne les petits pas, le frottement des pieds sur le sol, la festination croissante, la propulsion irrésistible en avant, tous symptômes qui font redouter aux malades les moindres déplacements.

Pour remédier à ces inconvénients on a songé à appliquer à la marche des Parkinsoniens la méthode de rééducation musculaire aujourd'hui employée dans le traitement des mouvements incoordonnés des tabétiques.

Chaque jour, pendant une ou plusieurs séances, les malades doivent s'efforcer d'exécuter avec lenteur et très attentivement les mouvements élémentaires de la marche.

Peu à peu, on verrait diminuer la raideur des jambes, la pointe du pied se relever et le tronc se redresser. Le phénomène de la propulsion s'atténuerait jusqu'à disparaître.

En définitive, l'exercice gymnastique méthodique, sans action sur la cause même de la maladie de Parkinson, constitue une ressource qui n'est pas négligeable pour atténuer une de ses manifestations les plus fâcheuses, la rigidité musculaire avec ses pénibles conséquences, l'attitude soudée et les troubles de la marche.

Il faut encore s'estimer heureux, provisoirement, de pouvoir adoucir ainsi les accidents d'une maladie dont on ne peut enrayer l'évolution progressive.

Il y a, chez les Parkinsoniens, un contraste, en apparence paradoxal, entre l'horreur qu'ils manifestent pour tous les mouvements volontaires, quelque légers qu'ils soient, et la satisfaction qu'ils éprouvent à être remués, agités, secoués même avec une certaine violence.

Ils ont tout intérêt à vaincre l'inertie qui les immobilise, des journées entières, *figés* sur leur fauteuil. Ils savent le bien-être fugace, mais assuré, que leur procure le mouvement. Cependant ils retardent indéfiniment l'exécution du geste qui les soulage. Leur volonté reste impuissante à mettre en branle l'appareil moteur dont le déclanchement semble rouillé. Du moins faut-il des incitations énergiques et réitérées pour les décider à se mouvoir.

Une circonstance fortuite, une émotion, l'influence d'une volonté étrangère réussissent souvent à leur faire accomplir des actes dont eux-mêmes se croyaient incapables. On a vu le tremblement, apparu à la suite d'une peur subite, disparaître à l'occasion d'une nouvelle frayeur.

Sans recourir à ces moyens extrêmes qui ne seraient pas exempts de danger, il est bon de ne pas méconnaître cette réserve d'énergie volontaire qui reste dissimulée chez les Parkinsoniens.

Lorsqu'on arrive à prendre sur eux l'ascendant nécessaire pour les décider à vaincre leur inertie, on est surpris des changements qui s'opèrent dans leur état, si apathique en apparence. Dans ces conditions, ils peuvent entreprendre avec le plus de profit le traitement gymnastique qui nécessite toujours un assez grand effort de volonté.

Malheureusement, cet effort s'épuise vite et, à la longue, le pouvoir des volontés étrangères s'épuise également.

Le Parkinsonien retombe dans sa torpeur de momie. Aucun conseil, aucune injonction ne peuvent l'en tirer. Il en souffre toujours autant, plus peut-être ; mais il est incapable de se soulager spontanément.

C'est alors qu'il a recours aux artifices pour se procurer l'agitation dont il sent le besoin.

Non content de se faire étirer les membres par les gens de son entourage, il recherche les occasions de se faire secouer, cahoter, en voiture, en omnibus, en chemin de fer, partout enfin où il sentira ébranler l'insupportable soudure de son corps et de ses membres.

Charcot, qui avait la grande expérience de ces particularités maladives, conseillait aux Parkinsoniens de voyager souvent, et dans des véhicules mal suspendus.

L'agitation factice, et surtout la distraction, qu'ils trouvent dans les voyages, permettent d'intercaler ainsi dans la triste existence de ces malades des périodes d'accalmie temporaire qu'il ne faut pas négliger de leur procurer, le cas échéant.

Un traitement à demeure, inspiré par cette remarque, a été expérimenté à la Salpêtrière. C'est le *fauteuil trépidant* dont le siège, grâce à un ingénieux mécanisme actionné par un aide, ou mieux par la vapeur ou l'électricité, est animé de balancements saccadés et de brusques soubresauts. Les malades prennent place sur ce siège cahoteur, renouvelé du *trémoussoir* imaginé autrefois par l'abbé de Saint-Pierre, pour faire prendre de l'exercice aux personnes obligées à une existence trop sédentaire.

Les séances durent d'un quart d'heure à une demi-heure, entrecoupées de quelques pauses. On varie suivant les cas la rapidité du mouvement qui ne doit être ni trop accéléré ni trop longtemps prolongé, sous peine de causer une fatigue et un malaise assez pénibles.

Cette curieuse invention n'a pas donné toute la satisfaction qu'on en attendait. Outre la difficulté de trouver à demeure une force motrice suffisante pour le mettre en branle, le fauteuil trépidant ne procure aux Parkinsoniens qu'un soulagement contestable.

On peut en dire autant des autres procédés de *médecine vibratoire*, en particulier du *casque vibrant*, expérimenté par Gilles de la Tourette, Gautier et Larat. Les Parkinsoniens se prêtent difficilement à ces traitements peu pratiques et les secousses artificielles qu'ils subissent par ces procédés mécaniques ne leur font pas éprouver le même bien-être que les exercices accompagnés de distraction.

IV

Traitement des symptômes généraux.

Toutes les modifications révulsives ont été essayées dans le traitement de la maladie de Parkinson, mais leur vertu inconstante reste problématique.

L'*électricité* est couramment employée. Eduard C. Mann a rapporté un cas de guérison complète qui reste isolé au milieu de nombreux insuccès.

L'électricité statique (15 à 20 minutes de tabouret) devra être combinée aux applications de courants continus (5 à 10 milliampères, pendant 10 minutes, sur les membres les plus atteints).

C. Paul a conseillé les *bains galvaniques*, dont l'action curative est aussi inconstante.

De temps en temps, une application de *pointes de feu* sur la nuque et sur la colonne vertébrale produit un soulagement passager.

La *suspension*, qui agit parfois favorablement, pendant les premières séances, sur la raideur et le tremblement, n'a donné aucun résultat durable[1].

Les Parkinsoniens, souffrant presque toujours de la chaleur, acceptent avec plaisir les prescriptions d'*hydrothérapie* : lotions froides, enveloppement avec le drap mouillé, bains, douches froides en jet brisé ou en pluie, etc., chacun de ces procédés trouvera son application suivant le degré de validité du sujet. Une friction énergique avec une flanelle sèche devra toujours être faite à la suite.

Les *eaux thermales* n'agissent guère que par le changement et la distraction qu'elles apportent à la vie monotone et forcément inactive des malades. A ce titre, elles ont une action souvent bienfaisante. Il ne faut pas oublier cette occasion de pro-

1. Il nous paraît superflu de faire ressortir l'inutilité d'une intervention chirurgicale, telle que l'élongation des nerfs (Berger, Westphall).

curer aux paralytiques agitants quelques jours de mieux-être et de tranquillité (*Néris*, *Royat*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Lamalou*).

Enfin, on aura recours à tous les procédés thérapeutiques capables de relever les forces des malades. Régime substantiel et médication tonique.

Les *injections séquardiennes* n'ont pas réussi plus longtemps ni plus efficacement chez les Parkinsoniens que dans les autres maladies nerveuses.

Les *injections de sérum artificiel* ont parfois une influence heureuse, mais peu durable.

Un certain nombre d'observations ayant fait connaître la possibilité d'ictus apoplectiformes suivis du syndrome de la paralysie agitante ou survenant au cours de la maladie déjà confirmée, il sera bon d'instituer, par périodes, une médication *iodurée*, alternant avec l'emploi des alcaloïdes prescrits contre le tremblement. Dans les formes frustes en particulier, où les accidents affectent une localisation monoplégique ou hémiplégique, on peut espérer retarder de la sorte la généralisation de la raideur et du tremblement qui survient toujours à plus ou moins longue échéance.

V

Traitement psychique.

Pour terminer, il nous paraît opportun de rappeler brièvement quelques particularités concernant l'état mental des Parkinsoniens.

Car si les procédés thérapeutiques usités aujourd'hui sont rarement efficaces contre les incommodités physiques créées par la maladie, une sage discipline psychique peut parfois en atténuer les rigueurs et rendre tolérable une existence qui, sans cela, devient rapidement insupportable aux malades et à leur entourage.

Brissaud a judicieusement insisté sur ce point, et de

ses remarques on peut déduire d'utiles conseils pratiques.

Le Parkinsonien est souvent considéré comme déchu intellectuellement. Son apparence permet cette erreur. Immobile, renfermé en lui-même, ne parlant pas plus qu'il ne bouge, indifférent en apparence à tous les propos et à tous les événements, il semble inapte à participer aux choses de la vie courante, ou décidé à s'en désintéresser volontairement.

A le juger sur son masque impassible qui rappelle singulièrement celui des pseudo-bulbaires, à voir son regard sombre et anxieux, on s'imagine facilement avoir affaire à un vieillard méfiant et morose, intellectuellement amoindri.

En général, il n'en est rien. Le Parkinsonien conserve pendant longtemps, souvent même jusqu'à la fin de sa vie, toute sa lucidité d'esprit.

Il comprend et apprécie sainement toutes choses. Son intelligence n'est pas torpide et son jugement reste parfait. Mais, quand il s'agit d'extérioriser ses impressions, son visage demeure immobile, son geste paralysé. Aucun éclair de l'œil, aucune mimique expressive ne vient traduire sa pensée ni ses sentiments.

Cependant, il s'intéresse à tout, saisit tout, ressent toutes les passions humaines.

Désolé de son infirmité, hanté surtout par la crainte du sourire qu'excitent malheureusement parfois son tremblement de fileur de laine et sa démarche précipitée, il répugne à sortir dans la rue, à fréquenter les endroits publics. Ses mains inhabiles lui refusent tout service, partant toute distraction. Ecrire est pour lui un supplice, lire le fatigue rapidement.

Après maintes tentatives infructueuses pour s'occuper isolément, il tombe dans cette torpeur figée qui devient bientôt invincible et dont il souffre intérieurement, sans que rien trahisse au dehors sa souffrance morale, plus pénible encore que ses infirmités physiques.

Dans cet état, on conçoit que toute diversion ne peut être que salutaire. Une visite sympathique, une lecture intéressante

apportent toujours la distraction, et avec elle quelques instants de bien-être.

Voilà ce qu'il sera bon de répéter aux personnes de l'entourage des Parkinsoniens, et, loin de condamner les malades à la retraite, il faut les engager à accepter toutes les distractions qui peuvent leur être offertes.

Un Parkinsonien qui reçoit une bonne nouvelle, qui, triomphant de sa peur du ridicule, passe une journée en agréable compagnie, ou assiste à un spectacle nouveau et séduisant, éprouve toujours une amélioration plus ou moins durable. On ne saurait trop multiplier ces moments d'accalmie, et c'est à ce titre surtout que les voyages sont recommandables.

Par contre, ces malades ressentent cruellement les fâcheux effets des chagrins et des contrariétés. Les émotions et les fatigues de toutes sortes leur sont particulièrement pénibles. D'où le conseil de leur éviter le plus d'ennuis possible et de ne pas outrepasser la limite de leurs forces dans les promenades et les voyages qu'ils entreprendront.

Ces remarques s'appliquent à un nombre de cas beaucoup plus grand qu'on ne le croit en général. Il en est d'autres cependant où les troubles psychiques revêtent une forme franchement vésanique. Les idées de doute et les idées mélancoliques sont les plus fréquentes, elles peuvent devenir l'origine d'un véritable délire. Quelques malades ont même des idées de suicide. Mais ces tendances sont rendues irréalisables par la difficulté que les sujets éprouvent à mettre leur projet à exécution. Aussi n'est-on guère obligé d'enfermer les Parkinsoniens atteints de troubles vésaniques.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DES CHORÉES ARYTHMIQUES

PAR

M. LANNOIS

Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Dans une communication au 1er Congrès de médecine de Lyon[1], j'ai indiqué quelle me paraissait être, à l'heure actuelle, la classification possible des diverses variétés de chorée arythmique. Je la rappellerai brièvement en tête de cette étude.

Les chorées arythmiques peuvent être divisées en trois groupes.

Le premier est constitué par la *chorée de Sydenham* et ses diverses modalités cliniques bien connues, la chorée molle, la chorée de la grossesse et peut-être aussi la chorée des vieillards dont les cas doivent d'ailleurs être rares et ont été le plus souvent le résultat d'une confusion avec les chorées chroniques progressives ou les chorées symptomatiques de lésions cérébrales. C'est le groupe le plus important.

Le deuxième est constitué par des chorées survenant chez l'adulte ou même à un âge avancé et dont l'évolution lente

1. Lannois. — 1er *Congrès de médecine, Lyon*, 1894, et *Revue neurologique*, 1895.

est continue et fatalement progressive : ce sont les *chorées chroniques progressives* qui comprennent une forme dans laquelle il n'y a pas d'hérédité similaire et une autre dans laquelle l'hérédité similaire joue un rôle capital (chorée de Huntington).

Le troisième groupe se distingue des deux précédents par l'existence de lésions macroscopiques évidentes du système nerveux : ce sont les chorées symptomatiques. Il comprend lui-même plusieurs divisions : hémichorée et hémiathétose, chorées généralisées symptomatiques par lésions cérébrales plus ou moins diffuses ; chorée congénitale et athétose double. Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le répéter, je ne fais pas de distinction fondamentale entre la chorée dite congénitale et l'athétose double, qui doivent être rattachées au groupe des diplégies cérébrales et ne diffèrent que par la localisation des mouvements anormaux.

Je laisserai de côté la chorée hystérique et ses diverses variétés, chorée rythmée, chorée épidémique, qui seront mieux traitées au chapitre concernant la grande névrose

II

Chorée de Sydenham.

A. — NOTIONS PATHOGÉNIQUES.

La nature de la chorée de Sydenham, qu'il serait si utile de connaître pour donner au traitement une base solide, a donné lieu à de nombreuses discussions qui sont loin d'être closes, puisque les opinions les plus diverses sont encore soutenues à son sujet. Un certain nombre des théories qu'elle a fait naître ne nous arrêteront pas : telle la théorie anatomique pure qui invoque des lésions dont la variété même annule la valeur (Triboulet), et dont la cause reste d'ailleurs à élucider. Telle la théorie réflexe, purement hypothétique, que le point de départ en soit placé dans l'endocarde ou dans les nerfs

sensitifs et les points douloureux décrits par Triboulet père. Telle encore la théorie dyscrasique, en tant que limitée à l'hypoglobulie, qui était beaucoup trop étroite et prenait pour une cause ce qui n'était qu'un effet.

La *théorie rhumatismale* a paru longtemps la plus solidement établie. Mise en lumière par le mémoire classique de G. Sée (1850) et les travaux de H. Roger, elle est encore admise aujourd'hui par Cadet de Gassicourt, J. Simon, Potain, Sevestre, Sanné, etc., et il n'est pas rare de trouver dans les journaux anglais ou américains de véritables plaidoyers en sa faveur. On sait qu'elle est basée sur la coexistence du rhumatisme et de la chorée, la fréquence des antécédents rhumatismaux, la forte proportion des accidents cardiaques (jusqu'à 80 p. 100 d'après J. Simon) chez les choréiques, etc. Mais même pour les partisans les plus déterminés de la théorie, il est des cas où le rhumatisme fait défaut. Si G. Sée a pu dire que sur deux chorées, il en est une qui dépend du principe rhumatismal, si Roger a admis que tout enfant rhumatisant est sous le coup d'une chorée et inversement, on voit, au contraire, Steiner ne trouver que 4 cas de rhumatisme aigu sur 252 cas de chorée ; Comby n'observer le rhumatisme que 5 fois sur 90 cas, Leroux 2 fois sur 162, etc. Comby a rassemblé des statistiques où la proportion s'abaisse à 1 p. 50 ; la statistique lyonnaise de Perret et Devic plaide dans le même sens. Tout en admettant avec Raymond que le rhumatisme se traduit moins souvent chez l'enfant que chez l'adulte par des manifestations articulaires, il est évident que ces statistiques enlèvent au rhumatisme, vis-à-vis de la chorée, le rôle de cause univoque.

La *théorie nerveuse*, celle de la chorée-névrose, déjà indiquée par Pinel, a été surtout précisée par Charcot et par Joffroy. Charcot ne croyait pas à la chorée rhumatismale, c'est-à-dire à la possibilité de considérer la chorée comme un équivalent dans les centres nerveux de l'affection articulaire ou des localisations viscérales du rhumatisme. Il répétait souvent que le rhumatisme est fréquent chez les hystériques et dans leurs

antécédents et que cependant on n'accolait pas à l'hystérie l'épithète de rhumatismale. Joffroy est plus affirmatif encore. Pour lui, la chorée est une névrose cérébro-spinale d'évolution ou de croissance : c'est la manifestation (à l'occasion du rhumatisme, d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou d'une émotion) d'un développement anormal du système nerveux par le fait d'une dégénérescence. Mais la théorie nerveuse est impuissante à elle seule à rendre compte de tous les faits : la marche presque cyclique de la maladie, l'existence possible de la fièvre, les lésions cardiaques et les manifestations articulaires, lui échappent ou ne sont expliquées que par des analogies et des assimilations peu convaincantes.

Aussi la *théorie infectieuse* a-t-elle pris récemment une place prépondérante. En outre des manifestations cliniques ci-dessus qu'elle explique bien, la théorie infectieuse repose sur ce fait que la chorée se développe souvent à la suite de maladies aiguës, dothiénentérie, fièvres éruptives, surtout scarlatine et rougeole, pneumonie, fièvre intermittente, etc. Le rhumatisme reprend ici la place légitime qui lui est due. Les observations de ce genre, d'abord isolées, ne furent estimées à leur réelle valeur que lorsque des recherches parallèles eurent montré l'importance de l'étiologie infectieuse dans d'autres maladies du système nerveux, épilepsie, hémiplégie cérébrale infantile, sclérose en plaques (Marie), maladies mentales (Pierret). Exposée par Saquet dans une bonne thèse (1885), adoptée par Strümpell et par Möbius, la théorie de l'infection n'a cessé de gagner du terrain, comme on peut s'en rendre compte en lisant la thèse de Triboulet fils (1893), qui marque une date dans l'histoire pathogénique de la chorée. Il semble d'ailleurs qu'il n'y ait pas lieu de rechercher un microbe spécial à la chorée comme l'a fait Pianese, puisque les maladies aiguës les plus diverses se rencontrent au point de départ et que les recherches bactériologiques sur le sang des choréiques à la période d'état n'ont donné que des résultats contradictoires. Au reste, l'évolution qui s'est faite dans la pathologie générale microbienne amène à penser que les agents infectieux

agissent, pour produire la chorée, par les toxines qu'ils sécrètent : on sait que plusieurs observateurs, et notamment Courmont et Rodet, ont pu déterminer des mouvements choréiques avec les toxines précipitées par l'alcool dans les cultures de staphylocoques. En dernière analyse, avec la théorie infectieuse, on arrive à cette notion que la chorée est la réaction d'un système nerveux prédisposé contre une intoxication d'origine microbienne.

Même ainsi élargie par les emprunts faits aux deux théories qui l'ont précédée, la théorie infectieuse reste un peu étroite, puisqu'un certain nombre de faits lui échappent. C'est que toujours, en médecine, la vérité n'est pas dans les idées exclusives et qu'il faut aller aux conceptions les plus larges et les plus compréhensives : pour ne citer qu'un exemple, les travaux de Bouchard et de Lépine l'ont bien montré pour l'urémie. C'est la *théorie toxique* qui nous paraît le mieux répondre à la réalité des faits et à leur généralité : lorsque les toxines d'origine infectieuse, extérieures, pourrait-on dire, font défaut, c'est à une auto-intoxication que l'on a affaire. Il en est ainsi dans la chorée de la grossesse, qui a longtemps passé pour le type le plus net de la chorée réflexe (Axenfeld) et dans laquelle l'intoxication se fait en partie par les produits de déchet du fœtus que la mère doit résorber et éliminer. Les émotions vives, les frayeurs, que l'on trouve si souvent comme étiologie, déterminent des modifications brusques du chimisme général et des troubles vaso-moteurs intenses qui expliquent suffisamment des résorptions massives de produits toxiques. L'auto-intoxication ne se comprend pas moins facilement avec les troubles de la nutrition qui accompagnent une croissance corporelle trop hâtive, l'époque de la puberté, la lactation, etc. Mais il va de soi que ces intoxications diverses n'agiront que sur des neurones moteurs préparés par l'hérédité, l'arthritisme (Charcot), l'évolution ou la dégénérescence (Joffroy), de sorte que l'on peut répéter une fois de plus que la chorée est la réaction particulière d'un système nerveux moteur dégénéré ou en évolution contre une *intoxication*.

B. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

1° La diversité des conditions étiologiques que nous venons d'énumérer, le caractère encore hypothétique de la plupart d'entre elles, permettent d'affirmer que le traitement spécifique de la chorée n'existe pas. La phrase si souvent citée de Bouteille qui écrivait en 1810 : « Un remède qui guérirait tous les sujets atteints de chorée est une chimère », est encore vraie aujourd'hui : c'est en somme à l'empirisme que nous devons d'avoir isolé de la foule des médicaments proposés les rares remèdes qui peuvent rendre de réels services.

Un grand nombre de ces remèdes sont tombés dans l'oubli et nous n'avons pas la prétention de les énumérer tous. Sydenham et les médecins qui l'ont suivi cherchaient à éliminer les humeurs peccantes par la *saignée* et les *purgatifs*. Bouteille préconisait les *révulsifs* cutanés et intestinaux : il voyait surtout dans la purgation un moyen de calmer l'agitation des malades. *Multa renascentur!...* Les théories humorales, renouvelées de nos jours sous une autre forme, devaient faire renaître les anciennes médications du XVIIIe siècle : les évacuants devaient retrouver des partisans et récemment Solles (de Bordeaux) a préconisé les purgatifs répétés tous les jours pour éliminer les toxines microbiennes circulant dans le sang par des spoliations intestinales fréquentes. Dans le même but il donne de l'*iodure de potassium* pour exagérer les sécrétions glandulaires.

Le contro-stimulisme de Rasori devait nécessairement appliquer l'*émétique* au traitement de la chorée. Laennec en a vanté les résultats favorables et plus tard Gilette a précisé les règles de son emploi de façon à établir la tolérance. Bouley et Marotte ne se préoccupaient même pas de cette question et donnaient de suite une dose de 0^gr^,50 qui, par les vomissements et la diarrhée provoqués, devaient certainement déterminer une profonde dépression nerveuse. Raymond range dans la même catégorie d'autres vomitifs et notamment le

faux narcisse qui provoque le vomissement et le dégoût.

C'est à une tout autre idée qu'obéissait Trousseau en préconisant la *strychnine*. La chorée est caractérisée par des contractions cloniques : Trousseau voulait les transformer en contractions toniques, fatiguer le muscle et par là résoudre le spasme. Il donnait des doses très élevées puisque, partant de 1/2 milligramme, il allait jusqu'à $0^{gr},05$ et $0^{gr},06$ et même plus de sulfate de strychnine sous forme de sirop : il s'arrêtait lorsqu'il y avait de la raideur de la nuque. Malgré la prudence avec laquelle on opère, il n'est pas rare de voir des accidents avec cette méthode. Aussi est-elle proscrite par Bouchut, Rilliet et Barthez, Sée, etc. En usant de doses plus modérées, et en en surveillant strictement l'emploi, la strychnine pourrait cependant rendre des services dans quelques cas et notamment lorsqu'il y a des phénomènes paralytiques.

Le *sulfate d'aniline*, dont l'action à doses fortes est analogue à celle de la strychnine, a été vanté par Turnbull. Signalons aussi le curare dont l'action spéciale sur les muscles a été utilisée par quelques médecins anglais sous forme d'injections hypodermiques.

2° Le *traitement étiologique* est le plus souvent de peu d'importance. Dans quelques cas on a pu faire disparaître les mouvements choréiques par le traitement de vers intestinaux, d'un phimosis ou d'accidents dentaires. Stevens, qui attribue la chorée à des perturbations nerveuses en rapport avec des troubles de la réfraction oculaire, dit avoir obtenu des guérisons en traitant la myopie. Dans ces cas l'étiologie est plus complexe qu'elle ne paraît : l'hystérie peut y jouer un rôle de même que la suggestion.

Ce sont surtout les rapports de la chorée et du rhumatisme qui semblaient devoir donner l'indication la plus précise. G. Sée et surtout Dresch (de Foix) ont vanté les bons effets du *salicylate de soude*. Dans un mémoire paru en 1890, Dresch le préconise pour solubiliser les déchets organiques et comme agent nervin. Il l'administre à la dose de 4 grammes par jour

(chez un enfant de douze ans), par petites fractions diluées dans beaucoup d'eau, pendant huit à dix jours ; son traitement n'est d'ailleurs pas exclusif et comporte le séjour au lit, le régime lacté, des précautions hygiéniques, etc. Il faut reconnaître que, le plus souvent, l'échec du salicylate de soude est complet; ceci s'explique surtout par le fait que la chorée, ainsi que le disait Charcot, n'est pas une affection rhumatismale, mais seulement, comme dirait Fournier, une affection para-rhumatismale.

Dans le même ordre d'idées, l'*exalgine* a été préconisée par Moncorvo et par Dana, mais Dujardin-Beaumetz, qui s'est beaucoup occupé de ce médicament, dit n'avoir obtenu que des résultats presque nuls de son emploi dans la chorée.

Tout récemment, P. Marie a dit avoir guéri rapidement un cas de chorée par le *salophène* (composé d'acide salicylique et d'acétoparamidophénol) et son élève Huot a également rapporté un cas favorable.

3° La difficulté d'apprécier la valeur des médicaments qu'il nous reste à passer en revue provient tout d'abord de ce fait que la chorée, comme nous l'avons déjà dit, est une maladie à évolution à peu près cyclique, tendant naturellement à la guérison. Aussi est-il très facile d'attribuer à l'action du remède prescrit ce qui n'est, en réalité, que le résultat de l'évolution de la maladie.

D'un autre côté, l'intensité de la chorée est loin d'être toujours la même, les formes sont bénignes, moyennes ou graves, par suite la durée fort variable. La durée moyenne est de deux à quatre mois, dit Raymond, c'est-à-dire varie du simple au double. Moynier a jadis affirmé que la chorée était plus courte chez les filles (33 à 37 jours) que chez les garçons (75 à 80). Si on additionne les chiffres de G. Sée, Roger, Cadet de Gassicourt, d'Espine et Picot, on voit que la durée moyenne est de soixante-douze jours. Or, les médications les plus réputées, d'après les chiffres relevés dans la thèse récente de Changeux (1895), donnent, en moyenne, quarante-six jours de maladie pour l'antipyrine, après élimination des cas où le médicament

n'a donné aucun résultat, cinquante-cinq jours pour le chloral et quarante-six jours pour l'arsenic.

Mais la durée plus ou moins modifiée ne doit pas être le seul élément d'appréciation, car il faut compter avec l'allure générale de la maladie et l'atténuation de certains symptômes graves ou pénibles. Les médicaments qui peuvent rendre des services, soit à ce point de vue, soit en fortifiant l'organisme, peuvent être divisés avec Oulmont en deux grandes classes : ceux qui s'adressent au système nerveux (médicaments nervins et hypnotiques); ceux qui s'adressent à l'état général (médication tonique, traitement externe et hygiène).

1° Médicaments nervins.

Le *sulfate de quinine*, dont l'action comme médicament nervin est bien connue (Laborde, Lépine), avait été recommandé par Magendie, mais est aujourd'hui bien délaissé : les Américains, et notamment Dorland, l'ont récemment préconisé à nouveau comme excitant le pouvoir d'inhibition de la moelle.

Le *bromure de potassium*, d'abord employé par Gubler, vanté par Jaccoud, Vulpian, Raymond, etc., rend des services par son action sédative bien connue sur le système nerveux. Il semble surtout actif chez les adolescents où il existe quelques stigmates plus ou moins accusés d'hystérie (Dujardin-Beaumetz). A. Ollivier l'a recommandé dans les cas où il y a des troubles cardiaques et Jaccoud dans les chorées gravidiques : il doit être donné à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Toutefois Cadet de Gassicourt et d'Heilly, sans dédaigner absolument son action calmante, en sont peu partisans; Steiner et Ziemssen regardent son action comme nulle et Seguin va même jusqu'à dire qu'elle est nuisible. Sans réussir dans tous les cas, il peut rendre des services à condition d'en surveiller l'emploi afin d'éviter les accidents de bromisme.

L'*antipyrine*, préconisée par Wolner et par Legroux, compte aujourd'hui de nombreux partisans. Elle est le médicament de choix dans les cas où l'étiologie rhumatismale est franche. Legroux a publié des observations de guérison en 6 à 8 jours

et il donne comme moyenne 19 jours. La statistique de Leroux est cependant moins favorable : sur 60 cas, 41 succès seulement ont été obtenus dont 19 en 21 jours, 7 en 43 jours et le reste en 49 jours, ce qui fait en somme une durée moyenne de 45 jours, sans compter les 19 cas où l'antipyrine n'a donné aucun résultat. Certains auteurs, Ollivier, Descroizilles, s'en déclarent peu partisans. Oulmont la regarde comme indiquée dans les cas graves et comme moins efficace dans les cas moyens.

Legroux prescrivait l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour. J. Simon donne le premier jour 1 gr. 50 en trois cachets et augmente progressivement les jours suivants de façon à atteindre 4 grammes en vingt-quatre heures. C'est la dose la plus fréquemment employée. Eskridge préconise le repos au lit et l'antipyrine, il donne après les repas autant de grains (6 centigr. 5) que l'enfant a d'années et augmente d'un grain les jours suivants. Il termine par l'usage de la liqueur de Fowler à doses croissantes : les lésions valvulaires ne lui paraissent pas une contre-indication absolue, mais seulement la dilatation du cœur.

En règle générale, l'antipyrine est bien supportée, même aux doses élevées de 7 à 8 grammes auxquelles est arrivé Moncorvo ; cependant, là encore, il faut surveiller l'emploi du médicament, car on a pu observer des troubles digestifs et des éruptions cutanées (Leroux), une augmentation des mouvements et même de l'anurie (Changeux chez une petite malade de Comby). Quoi qu'il en soit, l'antipyrine reste actuellement un des médicaments actifs à utiliser dans la chorée ; Dujardin-Beaumetz recommande d'augmenter son action en l'associant aux hypnotiques.

Nous avons déjà vu qu'on a employé l'*exalgine* comme succédané de l'antipyrine. Dans le même ordre d'idées on a utilisé l'*acétanilide*, la *phénacétine*, la *lacto-phénine*, etc.

La *valériane*, employée par Gendrin et par Bouteille, n'a donné que des insuccès. Notons seulement pour mémoire la *ciguë*, le *cimicifuga racemosa*, la *belladone*, etc. Ont égale-

ment échoué l'*asa-fœtida*, le *camphre*, le *musc*, le *castoréum*. Les sels de zinc et notamment le *valérianate de zinc*, l'*oxyde de zinc* associé au bromure (Voisin), ne méritent qu'une mention. Goodhart vante encore le sulfate de zinc à doses élevées.

La *fève de Calabar* a été préconisée par les médecins anglais, et l'*ésérine* par Bouchut, mais l'emploi de ce dernier alcaloïde est proscrit par Gubler et par Cadet de Gassicourt en raison des phénomènes d'intoxication auxquels il donne lieu ; on l'a aussi accusée de produire des phénomènes paralytiques (Filatoff). L'*hyoscyamine* a été préconisée par Oulmont à doses élevées (jusqu'à 20 milligrammes), mais est aujourd'hui abandonnée dans le traitement de la chorée vulgaire. Plus récemment Magnan s'est servi dans les cas graves du *chlorhydrate d'hyoscine* en injections hypodermiques. Ce médicament, qui paraît de quelque utilité dans les chorées chroniques, ne m'a rien donné dans la chorée de Sydenham. En tout cas, la dose de 1 milligramme injectée par Magnan est beaucoup trop forte et donne lieu à des accidents : il ne faut pas injecter plus de 2 dixièmes de milligramme à la fois.

Me basant sur l'action d'arrêt exercée par les maladies infectieuses sur l'épilepsie et la chorée, action que j'attribue non à la fièvre, mais aux toxines microbiennes, j'ai traité quelques cas de chorée avec des *injections sous-cutanées de cultures filtrées de staphylocoques* et obtenu des résultats encourageants. La tentative mérite d'être continuée avec des produits solubles microbiens ou avec le sérum anti-streptococcique.

2° Médicaments hypnotiques.

S'il était indiqué de s'adresser aux antispasmodiques pour calmer l'excitabilité du système nerveux, il ne l'était pas moins d'utiliser les médicaments qui font dormir, pour éviter aux petits malades une agitation incessante, puisque le sommeil fait disparaître les mouvements anormaux.

Dans ce but, Trousseau prescrivait l'*opium*, dont il donnait

une pilule de 0gr,025 d'heure en heure jusqu'à production du sommeil. Jaccoud lui attribue une efficacité réelle à condition d'être donné à doses massives ou tout au moins jusqu'à la production de somnolence ou d'ivresse ; pour ceux qu'effrayerait la méthode de Trousseau, il recommande de s'arrêter à la dose de 0gr,20 à 0gr,30 par jour en commençant par 5 ou 10 centigrammes. De Fleury a donné la dose énorme de 1 gramme d'extrait gommeux. Si l'opium a pu rendre quelques services en procurant le sommeil, ils paraissent largement compensés par le danger qu'ils font courir aux enfants, si susceptibles à son égard et, de toutes façons, il est inférieur au chloral.

Le *chloral* a été introduit dans la thérapeutique de la chorée dès 1869 par Bouchut. Actuellement il est généralement adopté après avoir été recommandé par Charcot, Jaccoud, Dujardin-Beaumetz, etc. Bouchut procédait de la façon suivante : il donnait 3 grammes de chloral après le repas du matin pour obtenir le sommeil jusqu'à midi et une nouvelle dose de 3 grammes après le second repas. L'enfant dort alors jusqu'au dîner et est habituellement repris par le sommeil jusqu'au lendemain. Ch. Bastian a ainsi maintenu des choréiques graves dans un sommeil presque constant pendant des semaines, ne l'interrompant qu'au moment des repas.

A côté de ces doses très élevées, Cadet de Gassicourt recommande les doses fractionnées ; une potion de 4 grammes administrée par cuillerées à bouche toutes les heures jusqu'à production du sommeil.

Joffroy considère le chloral comme le médicament héroïque de la chorée ; sa manière de faire est devenue classique. Il associe le chloral à l'enveloppement dans le drap mouillé et procède de la façon suivante ; chez les enfants au-dessus de dix ans, 4 grammes en trois fois après les repas, à sept heures du matin, midi et six heures du soir. Chez les enfants plus jeunes, tâtonner avec des doses plus faibles de façon à obtenir le sommeil un quart d'heure après l'administration du médicament. Ce traitement doit être suivi avec persévérance pen-

dant des semaines, tenant ainsi l'enfant endormi douze à quatorze heures par jour.

Joffroy recommande le mélange du chloral à la gelée de groseilles, Dujardin-Beaumetz à du lait additionné d'un jaune d'œuf. S'il produit une action irritante sur l'estomac on peut l'administrer en lavement.

Le chloral a quelques contre-indications. Les éruptions que produit parfois son usage prolongé sont passagères et sans importance, mais il a une action dépressive sur le cœur et détermine une stase veineuse qui n'est pas toujours sans inconvénients. Bouchut le proscrivait d'une façon absolue chez les enfants atteints d'une affection cardiaque. Dans quelques cas rares il ne fait pas cesser les mouvements pendant le sommeil qu'il provoque, et l'agitation renaît sans atténuation après le réveil (Cadet de Gassicourt). J'ai vu un de ces cas exceptionnels chez une jeune fille soumise au traitement intensif.

Sans être un médicament curatif de la chorée, le chloral n'en est pas moins un médicament précieux qui permet de faire cesser l'agitation musculaire et de procurer au malade un sommeil réparateur : il peut ainsi diminuer la durée de la maladie.

Féré a donné le *chloralose* à des doses qui paraissent élevées.

Pour éviter l'action dépressive du chloral sur le cœur on a préconisé (Gerlach) la *paraldéhyde* à la dose de 1 à 2 et même 3 grammes (Weiss). Jeffries a proposé le *sulfonal* qui est aussi vanté par Croner, mais qu'il importe de manier avec prudence en raison de la facilité avec laquelle son emploi prolongé amène l'hématoporphyrinurie chez les sujets du sexe féminin.

L'usage des inhalations de chloroforme est abandonné.

3° Médicaments s'adressant à l'état général.

C'est surtout à l'*arsenic* qu'on s'est adressé dans le but de tonifier l'organisme, et nombreux sont les auteurs qui depuis Aran, et malgré l'opposition de Trousseau et de G. Sée, ont préconisé son emploi. L'introduction de l'*antipyrine*, il y a

moins de dix ans, et les résultats obtenus par elle, firent un peu délaisser l'arsenic auquel on paraît revenir en ce moment[1]; pour ma part, je me range volontiers dans le groupe de ses partisans, car on le voit fréquemment réussir où d'autres médicaments ont échoué.

L'arsenic a été employé sous les trois formes de la liqueur de Boudin, de la liqueur de Fowler et de la solution d'arséniate de soude.

Siredey donnait la préférence à la *liqueur de Boudin*, et c'est aussi la forme que préconisent Cougnot, dans une thèse récente inspirée par Grancher, Comby, Marfan. La liqueur de Boudin contient un milligramme d'acide arsénieux par gramme; on peut chez un enfant de huit à dix ans, commencer par 4 grammes et augmenter tous les jours de 2 grammes; au-dessus de cet âge, commencer par 6 grammes et progresser par doses de 3 grammes. On arrive ainsi à des doses élevées, de 35 à 40 grammes, on cesse un jour s'il se produit des accidents d'intolérance et on reprend à la même dose; parfois on se contente de ne pas augmenter la dose le lendemain du jour où il s'est produit des accidents.

La *liqueur de Fowler*, bien qu'on lui ait reproché d'être concentrée, est cependant d'un emploi facile, surtout depuis l'introduction des flacons compte-gouttes. Gilette la prescrivait à la dose de 5 à 8 gouttes; on peut facilement atteindre des doses plus élevées. En commençant à la dose de 8 gouttes en deux fois on peut arriver rapidement aux doses de 18 à 20 gouttes tous les jours en augmentant quotidiennement de 2 gouttes.

Ces doses sont le plus habituellement suffisantes; elles ont cependant été jugées beaucoup trop minimes par certains auteurs, notamment par Ziemssen et par Seguin. Seguin et après lui les médecins américains ont été jusqu'à prescrire de 18 à 27 gouttes répétées trois fois par jour. J'ai essayé de ces doses excessives sans cependant dépasser 45 gouttes et j'ai sou-

1. Cougnot. — *Thèse de Paris.*

vent dû y renoncer à cause de l'intolérance gastro-intestinale.

L'*arséniate de soude en solution,* par exemple 5 centigrammes pour 250 grammes d'eau distillée, a été vanté par Bouchut, Cadet de Gassicourt, Oulmont, etc. Les doses faibles réussissent bien dans les formes légères. Dans les formes graves, Cadet de Gassicourt commence par 5 milligrammes et augmente tous les jours de la même dose jusqu'à 25 ou 30 milligrammes, continue quelques jours la dose maxima et revient à 0 en diminuant progressivement de 5 milligrammes. Oulmont conseille de ne pas dépasser 20 milligrammes et de renoncer au traitement s'il n'a pas donné de résultat notable au bout de 15 à 20 jours. En cas de succès, ne pas cesser brusquement l'usage du médicament.

Pour éviter l'intolérance gastrique, on a cherché à utiliser la voie hypodermique. Eulenbourg a employé les injections sous-cutanées d'arséniate de soude. Radcliff, Widerhofer, Perroud ont préconisé les injections de liqueur de Fowler dédoublée ou pure. Bien que Widerhofer dise avoir obtenu des succès rapides, les injections sont à peu près délaissées à cause des douleurs très vives qu'elles provoquent toujours et de la fréquence relative des abcès.

On a rangé dans la même catégorie des agents agissants sur l'état général comme toniques, les injections séquardiennes de suc testiculaire (Variot, Colrat et Deydier), de cérébrine (Montagnon).

On pourra également prescrire, surtout à la période de convalescence, le fer, le quinquina, la kola, l'huile de foie de morue, etc.

C. — TRAITEMENT EXTERNE ET HYGIÉNIQUE.

1° On a renoncé aux applications de pommade stibiée, cautères et vésicatoires. On ne doit attribuer qu'une importance secondaire aux ventouses sèches, aux pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale, aux pulvérisations ou au stypage avec le chlorure de méthyle.

La valeur de l'*électricité* dans le traitement de la chorée est également contestée. Il existe un certain nombre de cas où elle paraît avoir donné des résultats favorables (Legros et Onimus, Gautier, Verhogen). On a préconisé des courants continus faibles, des courants ascendants et descendants, des bains électriques (Verhogen). On les a appliqués sur la moelle, sur le sympathique, sur les nerfs périphériques et les muscles.

Dans les cas favorables on peut toujours penser qu'il s'est agi de sujets impressionnables, plus ou moins entachés d'hystérie et très accessibles à la suggestion. On sait que la suggestion hypnotique ou à l'état de veille a pu être employée avec succès dans ces cas par Bernheim, Gibert, etc.

La *gymnastique* vulgarisée en France dès 1847 par Laisné, recommandée par G. Sée, Blache, etc., semble reprendre faveur. On a recours aux mouvements simples et cadencés, d'extension ou de flexion, à la marche ralentie ou rapide, à la suspension par les bras, etc. La méthode suédoise peut être également appliquée. Il importe de fixer le plus possible l'attention du malade et la plupart des auteurs recommandent d'exercer en même temps le larynx au moyen du chant. Quelle que soit la méthode adoptée, il faut considérer comme une règle d'éviter toute fatigue, de faire des séances courtes et de veiller avec soin aux complications cardiaques (Chéron). S'il n'y a pas une amélioration au bout de huit jours il vaut mieux renoncer au traitement. La cessation s'impose s'il y a augmentation des mouvements choréiques.

Le *massage* a beaucoup de partisans, surtout en Angleterre et en Amérique. Goodhart notamment ne prescrit pour ainsi dire pas de remèdes : il se contente du repos au lit, de deux séances de massage par jour et d'un régime alimentaire pour lequel il donne des prescriptions d'une minutie extrême.

L'*hydrothérapie* trouve une indication formelle dans la chorée. Les expériences déjà anciennes de Waller, Rosenthal, Eulenburg, ont montré la diminution ou même l'abolition de la contractilité dans les muscles dont le nerf était refroidi par la glace ou l'eau froide. De plus l'emploi du bain froid, devenu

si fréquent dans les maladies infectieuses et notamment dans la fièvre typhoïde, a montré qu'il était à la fois un sédatif, un tonique et un stimulant de la nutrition de premier ordre. — Les trois procédés principaux employés sont les bains, les douches, le drap mouillé.

Grisolle raconte que Dupuytren faisait saisir les malades par deux hommes vigoureux qui les plongeaient la tête la première, quelle que fût la saison, de cinq à huit fois de suite dans un bain à 10° ou 15°. C'était là une méthode héroïque et suffisamment barbare pour que Dupuytren ait trouvé très peu d'imitateurs. En 1835, Constant, cité par Changeux, faisait du bain froid à 15° ou 18° la base du traitement de la chorée. Il est préférable d'employer des bains à 25° environ dont on refroidira progressivement la température par l'addition d'eau froide suivant la susceptibilité du malade.

Les *bains médicamenteux*, *alcalins*, *salés*, *acidulés*, ont aussi été employés. Ce sont les bains *sulfureux* qui ont eu le plus de vogue (Baudelocque) et sont encore souvent ordonnés, surtout si le rhumatisme joue un rôle dans l'étiologie. Une saison à *Néris*, *Bourbon-Lancy*, *Lamalou*, *Bagnères*, *La Bourboule* ou *Salins*, sera souvent d'une utile application suivant les cas. Les *bains de mer* sont généralement considérés comme trop excitants.

La *douche froide* est très fréquemment employée dans le traitement de la chorée et elle y est d'une efficacité non douteuse. C'est la douche en jet sur la colonne vertébrale avec de l'eau à 8° ou 10° qu'il faut employer de préférence. Comby y associe la douche en pluie sur les épaules et Dujardin-Beaumetz conseille de terminer par une douche chaude sur les membres inférieurs. Bien que le cœur résiste mieux chez l'enfant que chez l'adulte, il faut être très modéré dans l'application des procédés hydrothérapiques lorsqu'il existe des complications cardiaques. Marfan est nettement opposé aux douches froides dans tous les cas où le rhumatisme peut jouer un rôle étiologique.

Parfois on ne peut facilement faire administrer les douches.

dans les petites localités par exemple. Dans ce cas, si la forme est légère on peut se contenter des affusions froides suivies de frictions sèches deux fois par jour; dans le cas contraire il faut recourir à l'emploi du drap mouillé.

L'enveloppement dans le *drap mouillé* a surtout été préconisé par Joffroy qui l'associait au chloral, surtout dans les cas d'une certaine intensité. Il faut pratiquer de la façon suivante : on plonge un drap dans de l'eau à 10° ou 12°, on l'exprime modérément et on l'étend sur un lit recouvert d'une toile cirée. On entoure étroitement le malade avec le drap mouillé et on le frictionne vigoureusement de la tête aux pieds. Au bout de une à deux minutes, lorsque l'enfant commence à se réchauffer, sans enlever le drap mouillé, on l'enveloppe dans une couverture de laine en ne laissant que la tête à découvert. Le malade est reporté sur son lit où on laisse la réaction s'achever pendant une demi-heure. « L'effet produit est habituellement excellent ; l'enfant éprouve un bien-être très accusé, le calme et le repos font place à l'agitation antérieure et souvent même il s'endort. » L'enveloppement doit être répété deux fois par jour.

2° Le *traitement hygiénique* comporte avant tout le repos intellectuel et physique. Les modifications morales et intellectuelles qui accompagnent si fréquemment la chorée, la difficulté de fixer l'attention, les troubles de la mémoire, etc., doivent faire cesser les études : la lecture même doit être interdite dans la plupart des cas. Au moment de la convalescence, il est bon de reprendre par des pratiques qui tendent à affirmer le contrôle de la volonté sur le système musculaire, comme le piano ou le dessin (Goodhart). Il faut éviter d'attirer l'attention de l'enfant sur sa maladie et de lui faire des reproches sur sa maladresse et ses grimaces.

Seguin a attribué au repos absolu au lit une importance égale à celle des médications, et Goodhart dit également que le repos et le calme du lit priment tout et suffisent à guérir nombre de petits malades : nous avons vu que Goodhart y joint le massage méthodique.

Certains détails subsidiaires ont également de l'importance : telle la régularité des repas et une nourriture appropriée ; très souvent la mastication et la déglutition sont troublées, et il est bon d'alimenter les malades avec des panades épaisses, des purées additionnées de jus de viande, etc. Il faut les faire boire dans des gobelets métalliques pour éviter le brisement du verre sur les dents.

La peau du choréique doit aussi, dans les cas un peu intenses, être l'objet d'une surveillance attentive à cause de l'usure et des excoriations qui se produisent aux points de frottement.

D. — TRAITEMENT SELON LES FORMES.

Je serai bref dans ce chapitre pour n'avoir pas à répéter la longue énumération des médicaments ci-dessus.

La chorée vulgaire a des formes légères, moyennes et graves.

1° Dans la forme légère, ou dans la convalescence des autres formes, le traitement hygiénique, l'*hydrothérapie*, le changement d'air et de milieu, une médication tonique (*arsenic*), suffiront le plus souvent à amener la guérison.

2° Dans les formes graves, outre l'indication causale si on a pu la mettre en évidence, il faudra recourir aux médicaments nervins et aux hypnotiques. C'est là surtout qu'il faudra prescrire le *chloral* à hautes doses et les pratiques *hydrothérapiques*, et notamment l'enveloppement humide.

3° Dans les formes moyennes, il importe autant que possible de dégager la notion étiologique. Lorsqu'on a affaire à des sujets entachés d'hystérie, c'est le *bromure de potassium* qui doit être la base du traitement médicamenteux.

4° Dans les cas qu'on pourrait qualifier de neuro-arthritiques, soit du fait des antécédents héréditaires, soit à cause de la coexistence antérieure ou actuelle du rhumatisme chez le malade, il faut recourir de préférence à l'*antipyrine*, à la *salipyrine*, au *salophène* ou autres médicaments de même ordre. On n'oubliera pas cependant que ces médicaments paraissent s'adresser davantage à l'élément nerveux qu'à l'élément rhu-

matismal. On coupera la boisson avec une eau alcaline (*Vals*, *Vichy*, *Pougues*, etc.) et on prescrira au besoin une saison à *Néris*, *Bourbon*, ou une station analogue.

5° Si au contraire il s'agit d'un enfant plus ou moins anémié, débilité, lymphatique, on prescrira les toniques, et surtout l'*arsenic* dont l'indication est ici précise, un régime fortifiant, l'*hydrothérapie*, le séjour à la montagne à une altitude moyenne, les eaux minérales de la *Bourboule* ou de *Salins*.

6° Dans les cas où dominent les phénomènes paralytiques, dans la chorée molle des auteurs anglais, il faut éviter les sédatifs, le bromure de potassium. Ollive vante dans ce cas les bons effets de l'*arsenic*. L'*hydrothérapie* y rendra aussi des services. Peut-être dans ce cas pourrait-on faire suivre le traitement *strychnique* de Trousseau en le mitigeant. J'ai récemment obtenu un succès rapide en faisant prendre trente gouttes de teinture de noix vomique par jour à une fillette de treize ans qui, à la suite d'une chorée intense, avait une impotence fonctionnelle à peu près absolue des membres inférieurs et une parésie des muscles de la nuque telle que le menton touchait le sternum.

7° Dans la chorée de la grossesse, on donnera du *bromure* s'il y a hystérie, et de l'antipyrine (mais pas de composés salicylés) s'il y a du rhumatisme. Le *chloral* est très bien supporté par les femmes enceintes et Pinard[1] a donné jusqu'à 8 et 10 grammes de façon à obtenir un sommeil presque continu qu'on interrompt seulement pour les repas. — La chorée peut persister malgré ce traitement et menacer la vie de la malade : on sait en effet que la chorée gravidique est d'un pronostic relativement sombre. On peut alors discuter la question de l'accouchement prématuré artificiel ou même de l'avortement provoqué. Ces pratiques ont donné des résultats favorables à Pollock, Spiegelberg, Lawson Tait, mais n'ont pas empêché une issue fatale chez les malades de Goodell et de Wasseige. Dans quelques cas la chorée a continué malgré

1. Bucar. — *Thèse de Paris.*

l'évacuation de l'utérus. Au contraire, la simple dilatation du col a parfois suffi pour faire disparaître la chorée sans interrompre la grossesse.

III

Chorées chroniques progressives.

Les chorées chroniques se développent chez l'adulte ou à un âge avancé de la vie : c'est à elles qu'il faut attribuer celles des chorées des adultes et des vieillards qui ne sont pas symptomatiques d'une grosse lésion des centres nerveux. Dans un nombre de cas que je considère comme relativement restreint, il est difficile de trouver une condition étiologique au développement de ces cas et c'est assez vaguement qu'on peut les attribuer à un rhumatisme (Osler), au traumatisme, à des maladies infectieuses accompagnées de troubles cérébraux. Le plus souvent la notion dominante de l'étiologie c'est l'*hérédité similaire*, d'où le nom de *chorée héréditaire* ou de *chorée de Huntington*, du nom du premier auteur qui en donna une description précise. Ici la chorée débute à trente, quarante, cinquante ans, parfois plus, rarement moins. Le malade devient choréique parce que son père l'était et son grand'père également, et ses enfants pour la plupart deviendront choréiques à leur tour : si l'un d'eux échappe, sa propre lignée sera indemne.

Cliniquement le début est lent, à peine marqué par quelques grimaces, quelques mouvements limités qui se généralisent lentement et sur lesquels le malade garde longtemps un degré assez net de contrôle volontaire : plus tard le malade devient incapable de travailler, de s'habiller, de manger. De plus, chez la plupart, il s'installe peu à peu une déchéance intellectuelle ou une véritable démence qui les mène à l'asile d'aliénés.

Dans l'un et l'autre de ces deux cas, chorée chronique avec ou sans hérédité, et sans tenir compte de quelques différences symptomatiques peu marquées, la marche de la maladie est fatalement *progressive* et incurable : c'est dire que le traitement est fort limité.

Pour ma part j'ai pu recueillir neuf observations de choréiques héréditaires et, pas plus dans ces cas que dans ceux de chorée progressive sans hérédité, je n'ai obtenu de résultat appréciable par le traitement. Un seul malade accusait une amélioration à la suite du traitement par l'*arsenic* à doses élevées ; chez une autre les *injections d'hyoscine* diminuaient passagèrement les mouvements.

Tous les médicaments utilisés contre la chorée de Sydenham ont été employés dans la chorée chronique progressive : on a même pratiqué la suspension comme dans le tabes. Les seuls médicaments qui paraissent avoir une action favorable pour modifier les symptômes concomitants et procurer aux malades un sommeil tranquille sont le *bromure* et le *chloral*.

Il faut bien dire que le traitement est toujours appliqué à une période avancée de la maladie. La lésion de la chorée héréditaire étant une infiltration interstitielle de l'écorce cérébrale diffuse, lentement progressive, ayant vraisemblablement son origine dans une altération congénitale[1], on aurait peut-être plus de chances de succès en intervenant dès le début. Une surveillance attentive doit donc être exercée sur tous les membres d'une famille de choréiques héréditaires : Huet, en appelant l'attention sur ce point, a proposé les révulsifs sur le cuir chevelu et sur la nuque (*pointes de feu*, *vésicatoires*, *teinture d'iode*) et les *iodures*. Malgré cela il est à craindre que le traitement ne réussisse pas à arrêter la marche progressive et fatale de la maladie.

IV

Chorées symptomatiques.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les chorées symptomatiques se rattachent facilement au point de vue clinique aux deux groupes précédents, même

1. LANNOIS et PAVIOT. — *Congrès des neurologistes*, Toulouse, 1897.

dans les formes assez différentes qui constituent les athétoses. Elles en diffèrent au point de vue anatomo-pathologique, car elles sont liées à des lésions grossières du système nerveux central : au reste, c'est l'étude de ces lésions qui a permis de se faire la première idée rationnelle sur la pathogénie des mouvements choréiques. Toutefois, et bien que le mécanisme intime du mouvement anormal soit toujours identique, ces lésions nous paraissent suffisantes pour établir une ligne de démarcation nette entre nos deux premières classes de chorée et les formes qu'il nous reste à énumérer, surtout au point de vue thérapeutique qui nous intéresse spécialement ici.

Les chorées symptomatiques peuvent se diviser en trois groupes principaux.

Le premier est constitué par l'*hémichorée* et l'*hémiathétose*. Depuis les travaux de W. Mitchell, Charcot, Raymond, Hammond, Oulmont, qui en ont précisé à la fois la symptomatologie et l'anatomie pathologique, ces chorées symptomatiques sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister ici. Je rappellerai seulement qu'on n'admet plus aujourd'hui la localisation trop étroite proposée au début, surtout après les remarquables travaux de Veyssière et de Raymond, d'un centre choréigène unique siégeant à la partie postérieure de la capsule interne, en avant du faisceau sensitif. Les recherches de Kahler et Pick, de Demange et Ricoux, mais surtout celles de Pierret et de ses élèves (G. Lemoine, Foucherand, Sage, etc.), ont bien montré que des lésions irritatives quelconques du faisceau moteur, depuis l'écorce jusqu'aux nerfs, étaient capables de déterminer l'hémichorée symptomatique.

Ces données nouvelles sur le mode de production des mouvements anormaux limités à une moitié du corps et plus ou moins liés à l'hémiplégie, permettent de comprendre et de classer un certain nombre de cas de *chorée symptomatique généralisée*, de forme chronique le plus souvent et habituellement confondus avec les formes chroniques progressives de notre deuxième groupe. On observe les chorées généralisées dans les lésions diffuses et étendues de l'encéphale, dans la

paralysie générale (Golgi), les tumeurs multiples de la dure-mère (Mac Leod) ou du cerveau, les hématomes méningés, les traumatismes, etc. J'ai observé, dans le service du professeur Lépine, un cas de ce genre chez un malade qui avait eu dans l'enfance des symptômes de méningite à la suite d'une maladie aiguë, et j'ai suivi longtemps un malade qui était devenu choréique intense depuis une chute sur la tête d'un lieu élevé.

Le troisième groupe des chorées symptomatiques est des plus intéressants, parce qu'il est constitué par des faits encore à l'étude par certains côtés: ce sont ceux qu'on a désignés sous le nom un peu impropre de *chorée congénitale*. De même qu'on rattache à l'hémichorée symptomatique l'hémiathétose et les hémitremblements, quelle que soit leur forme clinique (Grasset, R. Tripier, Demange), l'*athétose double* doit être rapprochée de la chorée congénitale, dont elle n'est qu'une variante. Dans son très remarquable *Traité de l'athétose double*, J. Audry répète qu'elle est souvent très difficile à distinguer de la chorée congénitale, et Brissaud et Hallion ont proposé de désigner les faits de cet ordre sous le nom d'athétoso-chorée.

Adoptant les idées des auteurs anglais et de Freud, j'ai admis, ainsi que l'ont fait Raymond, Van Gehuchten, etc., que ces cas, dans la grande majorité desquels il existe des phénomènes spasmodiques, doivent être rattachés aux diplégies cérébrales (affections spasmo-paralytiques de Raymond). Les mouvements choréiques ou athétosiques sont des phénomènes surajoutés à la symptomatologie de ces diplégies, mais prenant la première place et forçant l'attention. Comme étiologie, on trouve celle de Little (accouchement prématuré ou laborieux, asphyxie à la naissance) ou plus souvent des maladies aiguës de la première enfance, survenant alors que le faisceau pyramidal a commencé à se développer, et capables de laisser des lésions du cerveau et des méninges. Récemment Ballet et son élève de Saint-Florent, dans une thèse très étudiée, ont cherché à rejeter du cadre de la chorée congénitale tous les faits que nous

venons de signaler, pour ne conserver sous ce nom que ceux dans lesquels il n'y a ni spasmes, ni contractures, ni rigidité. Sans entrer ici dans une discussion approfondie, nous ferons remarquer que le spasme, la contracture et la rigidité peuvent s'atténuer dans la maladie de Little au point de ne plus se traduire que par l'exagération des réflexes rotuliens : or, cette exagération existe dans deux des quatre observations que de Saint-Florent retient comme démonstratives. Toutes ses autres observations, sauf celle de Ballet, prêtent à contestation; d'ailleurs il conclut : « La pathogénie des chorées congénitales se rapproche beaucoup de celle des diplégies cérébrales;... peut-être au fond n'y a-t-il entre elles qu'une différence de siège ou d'étendue dans les altérations cérébrales dont elles paraissent dépendre. » Je crois donc inutile d'insister plus longtemps sur ce point, qui n'a au reste qu'une importance minime au point de vue thérapeutique.

L'hémichorée et l'hémiathétose se montrent le plus souvent quelques mois après que l'hémiplégie s'est installée et au moment où elle présente une tendance à la guérison, d'où l'épithète de *post-hémiplégiques* qu'on leur donne habituellement. Dans ce cas le traitement est fort limité et n'est autre que celui de l'hémiplégie : il faut y ajouter les médicaments indiqués comme ayant une action sur la chorée vulgaire, et notamment les calmants du système nerveux, surtout le bromure de potassium.

Mais les mouvements anormaux sont parfois *préhémiplégiques*. Le plus souvent ils précèdent de un à plusieurs jours l'apparition de l'hémiplégie et disparaissent au moment où celle-ci s'installe. Ils correspondent très évidemment à une lésion cérébrale, d'abord limitée mais à marche extensive, qui interrompt le faisceau pyramidal après l'avoir seulement irrité. On conçoit même facilement que la lésion causale puisse rester assez localisée pour ne pas déterminer de paralysie ultérieure : j'en citerai plus loin un cas chez un malade atteint de rétrécissement mitral. L'hémichorée acquiert alors une haute valeur au point de vue du pronostic et du traitement.

B. — TRAITEMENT.

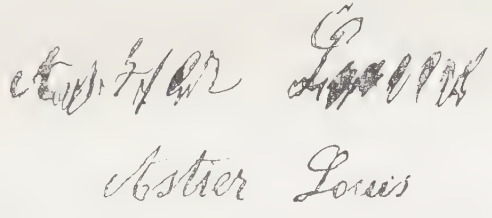
1° En effet, si l'on a des raisons de penser à une hémorragie cérébrale, il faudra recourir à un traitement énergique par la *révulsion* sur la nuque, la *dérivation intestinale*, la *saignée* locale ou générale, les *injections sous-cutanées d'ergotine* ou *d'ergotinine*, un régime sévère et une hygiène diminuant autant que possible la congestion cérébrale. Si l'on soupçonne une embolie limitée, dans les corps opto-striés par exemple, c'est au cœur qu'il faudra s'adresser par une thérapeutique appropriée. Si enfin la syphilis est en jeu, le traitement spécifique par le *mercure* et l'*iodure de potassium* s'impose. Dans ces diverses éventualités, nous ne sommes plus désarmés et l'action thérapeutique peut avoir une grande importance.

2° En ce qui concerne l'athétose double et les chorées congénitales, les insuccès thérapeutiques sont le plus souvent complets (J. Audry). Le *bromure*, l'*arsenic*, l'*opium*, l'*atropine*, le *chloral*, la *paraldéhyde*, le *sulfonal*, etc., sont sans action appréciable. L'*électricité* est le plus souvent inutile, aussi bien que l'*hydrothérapie*. La *suspension* n'a rien donné à Adam ni à Haushalter, mais était réclamée par la malade d'Audry qui paraissait en retirer quelque bien-être. Il faut surtout employer la *gymnastique* modérée, les mouvements provoqués des segments contracturés longtemps continués et combinés avec le *massage*, essayer la rééducation des mouvements. Il importe d'assurer aux malades un régime tonique, de les entourer d'une atmosphère de repos qui diminue leur excitabilité nerveuse.

On a proposé des *interventions chirurgicales* : dans les cas où les contractures sont dominantes et amènent des déformations, on a fait, comme dans la maladie de Little, des ténotomies, surtout du tendon d'Achille, avec des succès variables. L'élongation nerveuse n'a rien donné dans l'hémiathétose. Reste la *craniectomie* que Sarah Mac Nutt avait même indiquée comme une opération possible préventive, dans les

cas où il existe des convulsions répétées plusieurs jours à la suite d'accouchements laborieux. Horsley, Oppenheim, Broca n'ont obtenu que des améliorations insignifiantes par la trépanation et l'ablation d'un lambeau de substance cérébrale (Horsley). Elle a été pratiquée également par Lannelongue qui, on le sait, la préconisait surtout dans les ossifications prématurées du crâne, chez les microcéphales. Ses résultats, ainsi que ceux de Maunoury, sont peu encourageants comme résultat final, de sorte qu'Audry ne s'en montre pas partisan. On se rappelle que Bourneville a nettement condamné cette pratique.

Parmi les médicaments qui paraissent avoir une réelle efficacité, je citerai le *chlorhydrate d'hyoscine*, qui m'a également réussi dans deux cas de névralgie épileptiforme de la face, mais avec lequel j'ai échoué dans la chorée vulgaire. Chez une malade atteinte d'hémiplégie infantile avec chorée chronique et raideurs musculaire, l'hyoscine à la dose de



Ecriture d'un malade hémichoréique droit avant et après l'injection hypodermique de 2 milligr. d'hyoscine.

deux dixièmes de milligramme, diminuait les mouvements et rendait assez de souplesse à la main pour que la malade revînt à l'hôpital pour recommencer le traitement. J'ai vu plusieurs fois l'injection d'hyoscine permettre au malade d'écrire lisiblement plusieurs lignes de suite. Je citerai notamment un malade du service du professeur Lépine qui avait un tremblement hémichoréique lié probablement à une embolie cérébrale, car il était porteur d'un rétrécissement mitral, et qui ne pouvait écrire son nom qu'avec la plus grande difficulté : une demi-heure après l'injection son écriture était normale et elle est restée très améliorée par la suite, même après la cessation complète du traitement.

V

APPENDICE.

Chorées électriques.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

On a désigné sous le nom de chorées électriques des affections qui doivent être nettement rejetées du cadre des chorées, avec lesquelles elles n'ont que des analogies lointaines, et que, pour éviter toute confusion, il est préférable de désigner par le nom des auteurs qui les ont décrites : *maladie de Dubini* et *maladie de Bergeron.*

La première, observée presque uniquement par des médecins italiens, ne nous arrêtera pas. Bien décrite au point de vue clinique en 1845 par Dubini, caractérisée par l'apparition brusque de douleurs intenses à forme contusive, par des mouvements *rythmiques*, rapides, ayant l'instantanéité des secousses consécutives aux commotions électriques, coupée par de grandes attaques convulsives qui finissent par être subintrantes, aboutissant à la mort dans 90 p. 100 des cas, cette affection est beaucoup moins connue dans ses causes et sa nature et ne présente pas de lésions univoques. Aussi les hypothèses pathogéniques restent-elles très discutables. Pour plusieurs elle a des rapports avec la malaria; Jaccoud en faisait une forme spéciale du typhus cérébro-spinal, et elle paraît être en somme une maladie infectieuse, peut-être spécifique, du système nerveux. Elle doit donc être traitée comme une maladie infectieuse par la quinine, les antipyrétiques, les bains tièdes, auxquels on ajoutera les sédatifs du système nerveux et la révulsion sur le cerveau et sur la moelle.

La *maladie de Bergeron*, décrite pour la première fois par cet auteur dans la thèse de Berland (1880), est parfois désignée sous le nom de *maladie de Bergeron-Henoch*, bien que les cas réunis par ce dernier soient fort disparates et doivent être

rattachés pour la plupart aux myoclonies rythmiques. Tordeus lui a donné le nom d'*électrolepsie* et Joffroy celui de *tic à secousses rythmiques*. Elle se montre chez de jeunes sujets de sept à quatorze ans et est presque uniquement constituée par des troubles moteurs auxquels peuvent s'adjoindre quelques phénomènes gastriques. Ce sont encore des secousses rythmiques ou à peu près, ayant la brusquerie et la rapidité de celles que provoquent les décharges électriques : leur évolution est constamment favorable.

B. — TRAITEMENT.

La maladie de Bergeron est rapidement amendée par le *bromure de potassium*, l'*arsenic*, les *douches froides*, mais le médicament héroïque qui la fait disparaître d'une façon immédiate et radicale, c'est le *tartre stibié* à dose vomitive (Bergeron). Cadet de Gassicourt pensait qu'il agissait exclusivement par la secousse brusque qu'il imprime aux muscles convulsés et a guéri rapidement un de ses malades par l'électrisation faradique : Henoch a recommandé les *courants continus*.

Joffroy a fourni une tout autre explication de l'action curatrice du tartre stibié : subordonnant l'apparition des accidents spasmodiques à des troubles stomacaux et rapprochant la maladie de Bergeron de la tétanie d'origine gastrique, il a pensé que l'action évacuante du tartre stibié amenait la guérison de la maladie en faisant disparaître la cause gastrique. Il a lui-même guéri sa malade en la soumettant simplement au régime lacté.

Les recherches de Brieger, celles de Bouveret et Devic, sur les toxines qui peuvent se former dans l'estomac sont venues confirmer cette opinion.

Bouveret et Curtillet ont publié un cas où ils ont admis cette étiologie. Elle a été récemment reprise par Massalongo, qui rapproche la maladie de Bergeron des myoclonies en l'appelant *myoclonie électroïde* et qui la considère comme le

résultat de l'action de substances toxiques d'origine gastrique sur un système nerveux altéré. En résumé, il faudra toujours dans ces cas rechercher l'affection stomacale, notamment la dilatation, et la traiter activement pour obtenir une guérison rapide et complète.

CHAPITRE X

TRAITEMENT DES MYOCLONIES

PAR

M. LANNOIS,

Agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Depuis l'époque (1881) où Friedreich a décrit pour la première fois le paramyoclonus multiplex, de très nombreuses observations ont été publiées qui, pour la plupart, s'écartaient un peu du type primitif. La diversité des formes cliniques a fait envisager le paramyoclonus de deux façons différentes. Pour les uns, notamment pour Unverricht, le paramyoclonus est une affection autonome qu'il faut bien distinguer de formes analogues, mais distinctes, appartenant à d'autres névroses. Pour les autres, « le paramyoclonus multiplex n'est qu'un des anneaux d'une chaîne d'états pathologiques qu'on peut à la rigueur englober sous le nom collectif de *myoclonie*, parce qu'ils sont caractérisés par des spasmes musculaires cloniques » (Raymond). Poussant la synthèse aussi loin que possible, Raymond et Ziehen comprennent sous le nom de myoclonies tout ce qui va des simples contractions fibrillaires jusqu'à la maladie des tics de Gilles de la Tourette, en passant par le

paramyoclonus de Friedreich, la chorée fibrillaire de Morvan, le tic non douloureux de la face, la chorée électrique de Bergeron-Henoch [1].

La pathogénie et la physiologie pathologique de ces diverses formes sont loin d'être élucidées. Les secousses myocloniques peuvent se rencontrer comme symptôme dans diverses affections du système nerveux (Raymond, Morvan, Farges) : j'ai suivi longtemps dans le service du professeur Lépine une tabétique qui présentait des secousses myocloniques très caractérisées. Malgré cela leur nature est encore énigmatique et l'origine myopathique, névritique, médullaire, cérébrale a été tour à tour défendue. En réalité il faut surtout voir dans les myoclonies des stigmates de dégénérescence (Raymond). En dehors de cette notion, les conditions étiologiques déterminantes (frayeur, anémie, etc.) sont banales et ne fournissent aucune indication utile pour le traitement.

II

Traitement.

Les médicaments proposés contre le paramyoclonus et les myoclonies sont très nombreux, c'est dire que leur efficacité est relative et qu'un agent thérapeutique ayant réussi chez un malade échouera chez un autre.

L'emploi des *courants continus* sur les centres nerveux et les muscles a donné des résultats favorables à plusieurs observateurs (Löwenfeld, Homen, Henoch, etc.), de sorte que cette heureuse influence avait pu être regardée comme un des symptômes du paramyoclonus. On a appliqué des courants descendants soit sur le rachis seul, soit sur le rachis et les différents muscles.

D'autres observateurs n'en ont obtenu aucun bénéfice. On

1. Cette assimilation est très facile pour les cas de Henoch ; elle l'est beaucoup moins pour les faits publiés par Bergeron, Cadet de Gassicourt, Joffroy, qui paraissent mériter une place à part en raison de leur pathogénie spéciale et de leur évolution.

a employé aussi la *faradisation* ; Raymond dit avoir vu les *bains statiques*, la *franklinisation*, exercer une influence salutaire.

L'*hydrothérapie* froide est non seulement impuissante, mais contre-indiquée, l'action du froid augmentant les secousses musculaires. Les *bains sulfureux*, associés à un *régime tonique* qu'il ne faut d'ailleurs jamais négliger, ont donné un succès à Lemoine et Lemaire.

On a proposé, mais sans en tirer un bénéfice constant, le *bromure de nickel* (Silvestrini), le *bromure d'allyle*, le *chlorure d'or*, les sels de *zinc* et d'*ammoniaque* associés à l'*arsenic* (Bechterew), à l'*asa fœtida* (Manquat).

L'*alcool* amenait la sédation des spasmes chez deux malades qui étaient probablement alcooliques, bien que celui d'Homen niât tout antécédent.

Venturi dit avoir obtenu une guérison par l'emploi des courants continus et les injections sous-cutanées de *sulfate neutre d'atropine*. L'*ésérine* a donné un succès relatif à Francotte : nous savons que c'est là un médicament qui doit être employé avec prudence ; il en est de même de l'*hyoscyamine* et de l'*hyoscine*.

Quant au *chloral*, il a une action très évidente, malheureusement trop passagère. On a suggéré à plusieurs reprises l'emploi de l'*antipyrine* à cause de ses bons effets dans la chorée : elle ne paraît pas encore avoir de succès complet à son actif.

Vanlair, se basant sur ce que la *cocaïne* diminue l'excitabilité nerveuse périphérique, a proposé de l'administrer à doses faibles en injections sous-cutanées. Ce traitement a été employé récemment par Marius Garnier chez un malade qui n'avait pas été soulagé par l'électricité[1]. Le malade fut guéri après avoir reçu, tous les deux jours pendant dix-sept jours, dans le gras du mollet une double injection de un demi-centigramme de cocaïne.

1. Marius Garnier. — *Thèse de Paris*, 1894-95.

Aucun médicament ne s'impose donc jusqu'à présent dans le traitement des myoclonies, et avant d'affirmer l'efficacité de l'un d'eux il ne faudra pas oublier d'éliminer la suggestion, comme Raymond le fait remarquer avec raison, puisqu'il s'agit là d'une névrose qui n'est pas sans rapport, dans plus d'un cas, avec l'hystérie et la neurasthénie.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DES NÉVROSES PÉRIPHÉRIQUES

(ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS. ÉRYTHROMÉLALGIE. ACROPARESTHÉSIE DE SCHULTZE)

PA

L. BAUMEL,

Professeur agrégé, chargé du cours de clinique des maladies des enfants à l'Université de Montpellier.

Nous étudierons successivement le traitement :
1° De l'asphyxie locale des extrémités.
2° De l'érythroméllgie,
3° De l'acroparesthésie de Schültze.

I. ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS.

I

Considérations générales.

Cette maladie, appelée encore gangrène symétrique des extrémités et décrite par Maurice Raynaud en 1862, est caractérisée, comme son nom l'indique, ici par une décoloration ou pâleur tégumentaire; là par un véritable sphacèle des extrémités digitales[1].

Le sexe féminin, l'âge (vingt-cinq ans environ), l'anémie et

1. LAVERAN et TEISSIER en ont fait, dès 1889, dans leur Pathologie médicale, une description aussi fidèle que concise. Nous avons tâché d'en reproduire ici les principaux traits.

le nervosisme sont ses causes prédisposantes ordinaires.

Le froid est considéré comme sa cause occasionnelle par excellence. La coexistence du paludisme a souvent été notée.

La maladie, d'abord intermittente et paroxystique, se présente à l'origine sous forme de décoloration ou d'anémie locale, à laquelle succède bientôt une coloration *bleuâtre* plus ou moins foncée, puis, enfin, le sphacèle lui-même. Les extrémités sont assez souvent le siège d'un œdème dur, phénomène morbide unique du début.

Les extrémités supérieures sont généralement les premières prises.

Certains troubles visuels, par anémie rétinienne, surviennent parfois au cours de cette maladie. Raynaud lui-même les attribue à un spasme des artérioles périphériques.

On a essayé de rejeter ce spasme qui durerait plusieurs jours ou plusieurs mois, ce que quelques-uns ne peuvent admettre. Il peut durer, paraît-il, des mois et même des années.

La symétrie des lésions a permis de leur attribuer une origine centrale et médullaire. Maurice Raynaud vise en particulier *les portions grises de la moelle épinière qui tiennent sous leur dépendance l'innervation vaso-motrice*. Vulpian incrimine volontiers les ganglions situés sur le trajet des fibres vaso-motrices.

On ne confondra la maladie de Raynaud ni avec la cyanose des maladies du cœur, toujours généralisée, quoique plus marquée aux extrémités ; ni avec la gangrène sénile, qui est *unilatérale*, *ascendante* et non *symétrique* ; ni avec l'ergotisme à gangrènes moins symétriques et plus étendues ; ni avec l'acrodynie aux douleurs vives dans les extrémités, principalement les pieds, qui s'accompagne d'érythème à desquamation et de troubles intestinaux ; ni avec la sclérodactylie (ou sclérodermie des doigts) dans laquelle la peau semble adhérente aux os sous-jacents et dont la généralisation est si facile ; ni enfin avec les engelures, dont la symétrie, le

froid et le tempérament lymphatique rendront suffisamment compte.

Sujette aux récidives, la maladie de Maurice Raynaud est le plus souvent curable, quels que soient les désordres déjà produits.

II

Traitement

Les *courants continus* ont réussi pleinement entre les mains de M. Raynaud lui-même. Il employait de 25 à 30 éléments de la pile de Daniell ou de celle de Trouvé.

Il appliquait le pôle positif sur la cinquième vertèbre cervicale, le pôle négatif sur la cinquième lombaire ou sur le sacrum, en remontant un peu, au bout de quelques minutes, le réophore négatif. Une séance de 10 à 15 minutes par jour suffit en général.

L'intermittence et surtout la périodicité des accidents peut être une indication précieuse au *sulfate de quinine*, surtout dans les pays à malaria ou si le sujet a eu précédemment des fièvres intermittentes.

L'élément douleur indique l'emploi de l'*opium*, de ses dérivés et de leurs nombreuses préparations. Contre le spasme les divers *bromures* peuvent être utiles.

Des lavages et un pansement rigoureusement antiseptiques doivent être dirigés contre les eschares et les ulcérations qui résultent de leur chute.

II. ÉRYTHROMÉLALGIE.

I

Considérations générales.

L'érythromélalgie, décrite pour la première fois par Duchenne (de Boulogne) et Sigerson (1874), fut ainsi dénom-

mée (1878) par Weir Mitchell (ἐρυθρὸς, rouge ; μέλος, membre ; ἄλγος, douleur).

Comme son nom l'indique, elle est essentiellement caractérisée par une *rougeur douloureuse des membres*[1].

Les causes les plus fréquentes de cette affection paraissent être le froid et les fatigues, comme causes occasionnelles ; le rhumatisme et le nervosisme, comme causes prédisposantes.

Cette paralysie vaso-motrice des extrémités a été souvent notée par Duchenne (de Boulogne) chez les personnes qui travaillent le cuivre.

Plus fréquente chez l'homme que chez la femme, elle s'observe principalement de vingt-huit à quarante ans.

Tantôt localisée aux deux extrémités inférieures, parfois à une seule, elle peut atteindre aussi les deux extrémités supérieures.

Il nous a été donné d'observer un cas, dans lequel la maladie occupait tout un côté du corps, y compris la moitié correspondante de la tête.

Le premier symptôme est généralement la douleur donnant lieu à une sensation plus ou moins vive de brûlure, accompagnée ou non de fourmillements, d'élancements. Il se produit des accès plus ou moins réguliers.

Exaspérée par la chaleur et la marche, la douleur est calmée par le froid et la position horizontale.

La rougeur érythémateuse (rosée, violacée ou hortensia) ne paraît qu'après. Intermittente, comme la douleur, elle est modifiée, en bien ou en mal, par les mêmes causes qu'elle.

La peau est souvent couverte de sueurs. La congestion est active et la température s'élève parfois de 3 ou 4 degrés.

Entre les accès les parties malades sont plus froides et plus pâles que les parties saines.

Les diverses sensibilités sont généralement conservées.

Pas d'atrophie musculaire ni de troubles trophiques.

1. Voir sur ce sujet Lannois. — *Thèse de Paris*, 1880, et Laveran et Teissier. — Pathologie médicale, 1889.

Maladie essentiellement chronique, l'érythromélalgie peut durer des années.

Elle peut se terminer soit par la guérison, soit par myélite.

La cyanose cardiaque, l'acrodynie, le rhumatisme sont les seules affections que l'on puisse confondre avec la paralysie vaso-motrice. Nous renvoyons pour le diagnostic différentiel au chapitre précédent.

L'érythromélalgie paraît être l'inverse de la maladie de Raynaud.

Y a-t-il diminution du pouvoir excito-moteur de la moelle ou névrose des nerfs des extrémités déterminant par action réflexe la dilatation des vaisseaux de ces parties (Vulpian)? c'est ce que l'anatomie pathologique ne nous a point encore appris, c'est ce que l'avenir nous apprendra peut-être un jour (Laveran et Teissier).

II

Indications thérapeutiques.

Le *froid* est extrêmement utile contre les douleurs. Les malades atteints d'érythromélalgie, instruits par l'expérience, y ont recours eux-mêmes et plongent leurs mains dans l'eau froide au moment des paroxysmes douloureux.

Duchenne (de Boulogne) a conseillé l'électro-thérapie, sous forme de *faradisation* appliquée sur les parties malades.

On a aussi tiré grand profit de l'*hydrothérapie*.

Le repos a été recommandé ainsi que le séjour dans des climats froids.

Il nous semble *a priori* que si les *bromures alcalins* peuvent être de quelque utilité dans la maladie de Raynaud, où l'excitation et le spasme vaso-moteurs paraissent dominer, l'érythro-mélalgie, qui lui est théoriquement opposée, serait parfaitement justiciable de la *strychnine* et de ses diverses préparations.

III. ACROPARESTHÉSIE DE SCHULTZE.

I

Considérations générales.

Cette névrose, dont l'existence date à peine de quelques années (1892) (παρά, faux ; αἴσθησις, sens ; ἄκρος, extrémité) consiste dans des paresthésies plus fréquentes aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Ce sont tantôt des fourmillements, tantôt des douleurs véritables qu'éprouvent les malades, avec ou sans raideur des membres atteints, et gêne plus ou moins grande principalement marquée dans les mouvements délicats.

C'est surtout chez la femme qu'on l'observe, après trente ans le plus souvent.

Les symptômes présentent d'ordinaire leur maximum d'intensité le matin au réveil, l'hiver plutôt que l'été.

La coloration de la peau est le plus souvent normale, ainsi d'ailleurs que la sensibilité. Dans certains cas toutefois on observe un peu d'hyperesthésie et surtout de l'hyperalgésie.

La cause la plus efficace de la maladie paraît consister dans des alternatives fréquentes de froid humide et de chaleur intense.

II

Indications thérapeutiques.

Ordinairement tenace, cette névrose peut durer des années.

Elle n'est guère influencée par la thérapeutique. On a recours de préférence à l'*électricité* et aux *bains chauds*.

Habituellement sans gravité, elle n'est suivie d'aucune complication.

Elle a une tendance spontanée à la guérison.

« L'acroparesthésie, d'après Gilbert Ballet, est une affection

tenace, qui dure des années avec des atténuations estivales inconstantes et plus ou moins accusées. Elle finit d'ordinaire par s'amender spontanément.

« La thérapeutique, d'après le même auteur, a peu d'action sur elle. On a essayé tour à tour et sans grand succès, le *phosphore*, les *bromures*, l'*ergotine*, l'*électricité*. Bernhardt a préconisé la *quinine*, la *phénacétine*, l'*antipyrine* contre les paroxysmes nocturnes très pénibles.

« Nous avons usé nous-même, ajoute-t-il, sans grande réussite, de ces divers moyens. Le traitement, qui nous a paru après tâtonnements le moins inefficace, consiste dans l'usage régulier, trois ou quatre fois par semaine, de *douches sulfureuses* dirigées sur les membres et combinées avec des frictions quotidiennes au moyen d'un morceau de flanelle légèrement enduit d'une *pommade au tannin* [1]. »

J'ai eu tout récemment moi-même l'occasion d'observer, en été, un cas d'acroparesthésie chez une jeune fille anémique et hystérique, dont la dent de sagesse était en évolution.

Les bromures et surtout le *fer* en ont eu rapidement raison, associés au *phosphate de chaux*.

Tout n'est pas encore dit, tant s'en faut, sur la thérapeutique de cette maladie, relativement nouvelle, sur laquelle restent muets bien des traités, et des plus récents, de neuropathologie.

1. Gilbert Ballet. — L'Acroparesthésie (*Sem. méd.*, 1895, p. 473 et 474).

CHAPITRE XII

TRAITEMENT DES MIGRAINES

PAR

EDGARD HIRTZ,

Médecin de l'hôpital Laënnec.

I

Considérations générales.

On admet aujourd'hui trois grandes variétés de migraine : la *migraine vulgaire*, la *migraine ophtalmique* et la *migraine ophtalmoplégique*.

Les deux premières ont très fréquemment une commune origine, la névropathie et l'arthritisme, se succèdent ou alternent l'une avec l'autre. La troisième est de notion relativement récente ; c'est une affection assez rare dont nous donnerons une description succincte — elle est connue encore sous le nom de paralysie oculo-motrice périodique ou récidivante.

A. — MIGRAINE VULGAIRE.

Il est impossible de formuler un traitement rationnel de la migraine, sans connaître à fond son *étiologie*, sans établir rigoureusement son diagnostic, et nous voudrions ajouter, sans élucider sa pathogénie, s'il ne subsistait à ce point de vue bien des obscurités.

1° La migraine type est en général assez caractéristique,

avec ses trois stades bien décrits par Lasègue, — stade prodromique, — d'état — et de terminaison.

L'accès débute ordinairement le matin, de bonne heure, après un sommeil lourd ; dès la veille, le sujet était irritable, incapable d'un travail suivi. L'appétit est parfois languissant ou bien, chez certains migraineux, on observe la veille de véritables fringales. Le lendemain le sujet éprouve au contraire de l'inappétence, une torpeur intellectuelle toute spéciale, et il sent poindre en une région presque toujours la même, et qu'il connaît bien, une douleur profonde, gravative, péri-orbitaire, ou rétro-orbitaire, ou temporale, qui va s'exaspérant jusqu'à la période d'état.

Déjà l'entourage du malade s'aperçoit qu'il couve son accès : la face est pâle, tirée, les yeux creux, bistrés ; tous les sens sont doués d'une acuité extraordinaire.

Le moindre bruit l'exaspère, et aiguillonne la douleur ; la moindre odeur hâte la crise, provoque des nausées, et au bout d'une heure ou deux, le migraineux recherche l'obscurité, s'étend sur son lit la tête enfouie dans ses oreillers, redoutant le moindre mouvement.

Ses extrémités se glacent, son nez se pince ; il sent son cœur se soulever ; il lutte encore contre les nausées, puis tout à coup il est pris de sueurs froides, et d'efforts de vomissements contre lesquels il ne peut plus lutter. Alors la douleur prend une intensité telle qu'il semble qu'on lui arrache un œil, ou que son crâne va éclater, suivant les expressions variées des pauvres migraineux. Les vomissements se succèdent, alimentaires, muqueux, puis bilieux, parfois striés de sang, par l'intensité de l'effort ; les temporales sont tendues, rigides et dures du côté où siège l'hémicranie. Cet état lamentable persiste souvent une demi-heure, une heure, se calme sous l'action bienfaisante de compresses fraîches ou irritantes fréquemment renouvelées, ou d'un bandage serré autour de la tête — puis, petit à petit, le malade glacé, couvert de sueurs profuses, se réchauffe, soit spontanément, soit lorsqu'on l'entoure de linges chauds, ou de cruches remplies

d'eau chaude ; puis un certain bien-être l'envahit, le point migraineux s'atténue, les nausées cessent, un sommeil réparateur le prend ; il dort plusieurs heures, et se réveille la tête encore toute courbaturée, mais l'esprit plus libre, et ressentant fréquemment un besoin irrésistible de s'alimenter. Il arrive à la période de terminaison qui se juge par une légère transpiration chaude débutant par le front, par des éternûments répétés ou par une diurèse abondante faisant suite à un arrêt momentané de la sécrétion urinaire. Les urines de la première émission sont souvent très rouges, très denses, chargées d'urates et d'acide urique, et constituent comme l'accès de goutte, avec laquelle la migraine n'est pas sans analogie, une véritable décharge d'éléments excrémentitiels, de matières peccantes, comme disaient les anciens, décharge qui met fin à l'*intoxication urique*, ou parfois *ptomaïnique*, dont la migraine n'est que la pénible expression.

Dans ses formes frustes ou atténuées, la migraine n'est pas toujours aussi facile à reconnaître qu'on le croit.

Bouloumié (de Vittel) insiste avec raison sur la difficulté du diagnostic à propos des céphalalgies d'origine goutteuse.

Mon maître, Guéneau de Mussy, faisait une distinction théorique entre les migraines et les céphalalgies d'origine goutteuse, mais il parvenait difficilement, dans la pratique, à en fixer nettement les caractères distinctifs. Rien de plus simple que de reconnaître le grand accès de migraine, mais rien de plus aisé, comme l'avouait Valleix, que de confondre certaines formes de migraine avec la névralgie. Il se tirait d'ailleurs de cette difficulté en admettant une migraine névralgique.

2° Avant de formuler un traitement de la migraine, on devra apporter la plus grande rigueur à en *fixer le diagnostic*.

La crise d'hémicranie est le plus souvent passagère et laisse après elle une sensation de bien-être qu'éprouvent encore certains goutteux après leur accès. Une céphalée qui dure moins de six heures, et plus de vingt-quatre heures, disait Lasègue, n'est pas une migraine, à de rares exceptions près.

On tiendra pour suspecte toute migraine apparaissant après la jeunesse ou l'adolescence.

J'ai vu certaines formes d'*urémie cérébrale* en imposer pour de simples migraines, et des surprises tragiques où de soi-disant migraineux étaient emportés en quelques jours, j'oserais dire en quelques heures, par des accidents d'encéphalopathie urémique.

Il faut donc examiner avec soin, et fréquemment, les urines des malades à céphalalgies tenaces, s'assurer s'il n'y a pas trace d'albumine, prendre leur tension vasculaire même en cas d'absence d'albumine, ausculter le cœur, rechercher, en un mot, tous les signes de l'artério-sclérose ou d'une néphrite interstitielle latente.

On devra se défier également de certaines *otites* qui donnent lieu à des phénomènes pseudo-migraineux, se révèlent par une légère suppuration que les malades dissimulent fréquemment.

J'ai contribué à démontrer la nature tuberculeuse de ces otites latentes, et qui se terminent parfois d'une façon soudaine par une méningite aiguë.

B. — Migraine ophtalmique.

La migraine ophtalmique n'est qu'une variété de la migraine vulgaire; elle peut lui succéder ou alterner avec elle.

Son nom lui vient de troubles visuels tout spéciaux qui précèdent la phase douloureuse, et qui très exceptionnellement peuvent même la suivre, et dont la durée varie de quelques minutes à une heure au maximum. Il est de règle que plus la période d'*amblyopie transitoire* est longue, plus la période douloureuse sera prolongée et intense.

Charcot et Féré, qui ont surtout bien étudié les diverses physionomies de cette migraine, la divisent en *forme simple*, — *forme fruste*, — *forme dissociée*, — et *forme associée*, ou mieux, *accompagnée*.

1° *Forme simple*. — Elle est caractérisée par l'apparition du scotome, d'abord simple lacune dans le champ visuel, ordi-

nairement en dehors du point de fixation, puis par des phénomènes lumineux, *scotome scintillant*, bien décrit dans la thèse de Dianoux.

Le scintillement commence dans la région temporale du champ visuel, sous forme de zigzags d'une intensité lumineuse extraordinaire, blancs ou colorés suivant les cas, ou même suivant les accès. On a comparé les figures lumineuses dont se compose le scotome à des contours de fortification à la Vauban, à des roues dentées, etc. Ces figures sont animées d'un mouvement rapide et continu, deviennent de plus en plus excentriques, puis au bout de quelques secondes à trente ou quarante minutes, les zigzags lumineux gagnent les limites du champ visuel, brillent encore quelques instants, soit en haut, ou en dehors ou en bas, puis disparaissent.

Piorry en 1831 avait déjà très exactement décrit le scotome scintillant et l'avait considéré comme un symptôme prodromique de la migraine.

Le scintillement et le scotome se présentent tantôt sur un seul œil, tantôt sur les deux, monoculaire ou binoculaire. Le plus souvent l'*hémiopie* succède au scotome scintillant, ou le précède, atteint les deux yeux, sans compromettre le point de fixation; elle est d'ordinaire latérale, et temporale. Dans une observation de Charcot et Féré, l'hémiopie était nasale; c'est un fait tout à fait rare. Exceptionnellement, on a cité des faits d'amblyopie totale transitoire, ou d'amaurose complète passagère.

La douleur suit les troubles visuels, à un intervalle variable; tantôt l'hémicranie apparaît quelques minutes, tantôt une demi-heure, rarement une heure après le scotome, d'autant plus violente, d'après mon observation personnelle, que les troubles oculaires avaient duré plus longtemps, et que le scintillement avait été plus éclatant.

2° *Dans la forme fruste*, l'amblyopie transitoire caractérisée même par des accès complets, longs et fréquents, peut exister seule, et ne s'accompagner, pendant des années, d'aucun des troubles concomitants du syndrome migraineux.

3° *Dans la forme dissociée*[1], les accès de migraine et d'amblyopie peuvent alterner, ou se substituer l'un à l'autre, sous forme d'accès distincts.

4° *Forme accompagnée.* — Cette forme s'accompagne, outre les symptômes habituels de la migraine ophtalmique, de troubles sensitifs et sensoriels, moteurs et intellectuels.

Les *troubles sensitifs* consistent en sensations de fourmillements, de picotements, d'engourdissements dans les extrémités, plus souvent dans le bout des doigts d'un côté seulement.

Les *troubles sensoriels* s'accusent par des troubles auditifs, olfactifs ou même gustatifs variables (Nicati et Robiolis).

Les *troubles moteurs* sont plus rares et sont tantôt des crises d'épilepsie partielle, d'hémi-tremblement, d'hémiparésies. Charcot a noté l'*aphasie transitoire*.

J'en ai observé deux exemples, l'un de dysphasie, l'autre de paraphasie passagère chez des névropathes à hérédité chargée.

La forme accompagnée peut être primitive ou associée à la *neurasthénie*, — à l'*hystérie*, — à des *psychoses*, — au *tabes*, — à la *paralysie générale* — et à l'*épilepsie*.

A. — La *neurasthénie* dans ses diverses variétés engendre fréquemment la migraine et plus spécialement la migraine ophtalmique.

Le fait a été signalé par Beard et après lui par tous ceux qui ont traité de cette maladie.

Les troubles vaso-moteurs des centres nerveux dont relève l'amblyopie transitoire joueraient pour Beard et Rosenthal un rôle considérable, sinon exclusif, dans l'évolution et la marche irrégulière des phénomènes neurasthéniques.

L'intensité des phénomènes migraineux est proportionnée à celle de la neurasthénie. Dans la forme légère de la maladie de Beard, on n'observe en général que la migraine vulgaire ; dans les formes graves ou aggravées, on peut observer que la migraine simple se complique d'incidents amblyopiques.

1. Baralt. — *Thèse de Paris*, 1880.

La thérapeutique rationnelle consistera à relever le niveau de la santé, par la vie au grand air, les toniques, l'emploi des *phosphates*, la pratique de l'*hydrothérapie*, et fréquemment par la méthode de *suggestion* qui joue un rôle triomphant dans les affections qu'on pourrait appeler « le petit psychisme » si cette association de mots était plus euphonique.

B. — *Hystérie.* — La notion des rapports de la migraine ophtalmique avec l'*hystérie* a été esquissée dans une leçon de Charcot (1888) — Galezowski, Féré, Raullet, et Robiolis (Montpellier, 1884) avaient déjà signalé la coïncidence de cette affection, ou plutôt de ce syndrome et de l'hystérie ; mais le lien qui les unit leur avait échappé. Babinski publie en 1890 un mémoire intéressant sur cette question. Dans une de ses observations, la pression sur une zone hystérogène existant au niveau de la sixième vertèbre cervicale faisait apparaître immédiatement le scotome ; dans un autre cas, ce fut la pression sur la zone ovarienne gauche. C'est le premier travail qui apporte dans cette question encore controversée une série de faits démonstratifs. La migraine ophtalmique peut donc être fonction d'hystérie, mais un grand nombre de cas, malgré une enquête minutieuse, se séparent de cette névrose que l'analyse même des urines, recommandée par Gilles de la Tourette, ne saurait dénoncer. Dans toutes mes observations, je n'ai jamais relevé de stigmates hystériques, sauf deux fois, chez les ascendants.

Il est important de bien établir le diagnostic de la variété hystérique du syndrome migraine ophtalmique. Le traitement en tirera grand bénéfice, et se basera surtout sur l'emploi de l'*hydrothérapie*, de la *psychothérapie* avec ses moyens de suggestion variés, dans lesquels Möbius englobe le *massage* et l'*électrothérapie*.

C. — *Psychopathies.* — Liveing rapporte quelques cas de migraine avec légers troubles psychiques (incoordination de la pensée et amnésie).

Löwenfeld a signalé les hallucinations de la vue ; Mingazzini, des hallucinations de l'ouïe avec amnésie, l'impulsion homi-

cide et suicide, et une amnésie complète qui se prolongeait quelque temps après l'attaque.

Récemment Krafft-Ebing a publié deux cas intéressants de *psychose migraineuse*. Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui, comme ses père et mère, souffrait depuis de longues années de la migraine ophtalmique. Les attaques étaient violentes, et pendant que la migraine persistait encore, elles étaient suivies d'un état de rêve qui durait trois jours. Cet état de rêve débutait par des hallucinations terribles, et s'accompagnait de perte de la mémoire. — Le malade d'ailleurs guérit complètement. — Dans le deuxième cas, il s'agit d'un écolier de quinze ans, nerveux, irritable, coléreux. Il n'y avait chez lui, ni chez ses ascendants, trace d'épilepsie. Les parents étaient sujets à la migraine.

Le malade souffrait depuis six semaines d'une migraine avec scotome tous les deux jours pendant une demi-heure. Pendant l'accès il était comme fou, se démenant, déchirant et cassant tout ce qui lui tombait sous la main. Amnésie complète.

Il y a là évidemment un état d'impulsion épileptiforme.

D. — *Tabes*. — Je ne crois pas que les observations établissant les rapports de la migraine ophtalmique avec le *tabes* soient encore bien nombreuses. Dans un cas de Féré, les phénomènes tabétiques se déclarèrent à l'âge de trente-six ans, après de longues attaques de migraine ophtalmique et d'épilepsie partielle ou complète. Raullet publie deux observations recueillies dans le service de Charcot, où l'on voit les crises d'amblyopie transitoire figurer parmi les accidents prodromiques de l'ataxie.

D'après Antonelli, on trouverait des cas analogues signalés par Duchenne.

Aujourd'hui que les liens étroits de la syphilis et du tabes sont, grâce aux travaux de Fournier, solidement établis, il semblerait indiqué, lorsqu'on se trouve en face de migraines ophtalmiques récidivantes, de prescrire le traitement intensif par l'*iodure de potassium*, surtout si quelque symptôme préataxique venait à se révéler.

E. — *Paralysie générale.* — Charcot et Féré ont contribué à établir la relation de *certaines formes accompagnées* de la migraine ophtalmique avec la *paralysie générale.*

A. Marie[1] a relevé des troubles oculaires chez un grand nombre de paralytiques généraux. Ils sont d'autant plus importants qu'ils peuvent précéder de plusieurs années l'éclosion de la maladie.

Cet auteur a noté dans certains cas une amaurose passagère, un scotome central transitoire sous forme d'accès de migraine ophtalmique datant de l'enfance.

Dans une observation de Lemos[2] le sujet avait été *migraineux* dans sa jeunesse, avait eu des attaques d'*épilepsie partielle* accompagnées d'*amblyopie transitoire*, et au bout d'environ trente ans avait eu une *paralysie générale* nettement déclarée. A ces rares documents nous opposerons encore une fois la réalité indéniable de tous les nombreux cas de migraine même ophtalmique qui ne franchissent jamais la barrière qui sépare la névrose simple des névropathies graves et des cérébropathies à pronostic fatal.

Il ne faut pas moins prendre ces faits, pour rares qu'ils soient, en sérieuse considération, et traiter ces malades avec énergie, par les nervins et surtout les bromures.

F. — *Épilepsie.* — Dans ses formes graves, la migraine ophtalmique peut contracter des rapports intimes avec l'épilepsie, plus souvent avec l'*épilepsie partielle* qu'avec le véritable mal comitial.

Les observations de Charcot et Féré établissent que, chez certains malades, les attaques épileptiques peuvent se substituer à des intervalles variables à la migraine ophtalmique ou alterner avec elle.

Ces faits sont relativement rares, si l'on oppose leur nombre restreint à la fréquence des cas de migraine opthalmique.

Ils ne sont pas pour nous surprendre, puisque nous tenons pour probable, en attendant qu'on puisse le démontrer, que *migraine et épilepsie sont fonctions d'angiospasme ou d'angioné-*

1. A. Marie. — *Thèse de Paris*, 1890.
2. Lemos. — *Congrès de Berlin*, 1891.

vrose. Les symptômes varient suivant que le spasme se produit dans les centres visuels ou les centres psycho-moteurs de l'écorce cérébrale. De là ces formes associées, ces formes alternantes, ces migraines avec aphasie, lorsque le spasme se propage au centre du langage.

Le spasme répété chez les épileptiques devra produire à la longue un épaississement des tuniques musculaires des vaisseaux, correspondant à la région qui commande les accès. Cette mensuration un peu délicate de l'épaisseur des tuniques artérielles doit pouvoir être réalisée.

Determann (de Saint-Blasien) accentue avec Gowers et Féré les relations de certaines formes de migraine avec l'épilepsie. Il fait remarquer l'analogie des causes occasionnelles, l'existence, dans les deux affections, d'une aura et la périodicité des attaques. Il est des auteurs qui vont plus loin et sont disposés à considérer, comme nous l'avons dit plus haut, la migraine prononcée comme un *équivalent épileptoïde*, s'affirmant par ces états crépusculaires, ces troubles mentaux, ces amnésies passagères qu'ils ont notés dans un grand nombre de cas.

C. — MIGRAINE OPHTALMOPLÉGIQUE.

La connaissance de cette variété de migraine est due à Möbius qui l'a décrite pour la première fois en 1884. Les auteurs allemands la désignent sous le nom de *paralysie oculomotrice périodique ou récidivante*. Charcot a introduit dans la littérature médicale le nom de migraine *ophtalmoplégique* qui a l'avantage de rappeler à la fois l'élément douleur si important et la paralysie oculaire.

Les observations ultérieures ont été publiées par Remack, Thomsen, Manz, Snell, Senator, Weiss, Clark, Joackim, récemment par Bouchaud.

Déjà Gubler en 1863 avait rapporté un fait de paralysie récidivante de la troisième paire. En 1885, Parinaud et Marie ont décrit un cas sous le titre de névralgie et paralysie oculo-motrice périodique.

Charcot en 1890 en fait le sujet d'une leçon à la Salpêtrière et lui donne le nom sous lequel cette maladie est généralement connue. — Ballet en 1896 publie un nouveau cas[1] ; il inspire la thèse de d'Alché, un de ses élèves. Enfin citons l'observation intéressante de Bouchaud que nous avons mise à profit[2].

L'*étiologie* de cette affection est encore bien obscure. On sait qu'elle débute souvent dans le tout jeune âge, dans la première ou la deuxième année. Cependant la malade de Charcot avait vingt ans, celle de Bouchaud soixante-un ans.

L'accès dans ce dernier cas a été unique, ce qui le rend un peu suspect, et la paralysie a persisté. Il serait intéressant de connaître l'évolution ultérieure de la maladie.

On note dans quelques observations que l'ophtalmoplégie douloureuse a été précédée d'accès de migraine vulgaire. « La douleur, dit Charcot, est intense, atroce, cette douleur est une *hémicranie par excellence*, elle reste localisée d'un seul côté pendant toute la durée de l'accès bien plus régulièrement que cela ne se voit dans la migraine vulgaire, elle siège surtout à la région temporale, et s'étend tantôt dans l'occiput, tantôt à la nuque ou encore sur les deux points à la fois. La douleur s'accompagne d'ailleurs, comme dans les autres formes de migraine, de malaise, de nausées, de vomissements. La durée de l'hémicranie est variable; elle offre des exacerbations tantôt matinales, tantôt vespérales, et se termine brusquement du moment où apparaît l'*ophtalmoplégie*. A l'examen, on constate que le nerf de la troisième paire est en général seul atteint. Dans un cas de Charcot, le moteur oculaire externe était faiblement touché. Tous les muscles innervés par le moteur commun sont frappés de paralysie : l'élévateur de la paupière supérieure, le droit supérieur, le droit interne, le petit oblique, ainsi que le muscle ciliaire et le sphincter de l'iris. Il y a donc ptosis, strabisme externe, dilatation de la pupille. Le patient accuse de la diplopie. Les réflexes pupillaires sont abolis. Dans tous les cas, et dans tous les accès, la paralysie existe du côté où

1. Ballet. — *Médecine moderne*, 1896.
2. Bouchaud. — *Presse méd.*, 1897.

a éclaté la douleur, et celle-ci se manifeste toujours dans la même région.

La durée totale de l'accès peut aller de trois à six jours, jusqu'à vingt jours.

La période intercalaire est variable ; tantôt elle est de quelques semaines, tantôt de quelques mois, voire d'une année.

Le malade peut se rétablir complètement, mais si les crises se rapprochent, l'accalmie est moins parfaite, et, suivant Senator, la maladie, d'intermittente qu'elle était au début, peut devenir continue avec des exacerbations périodiques.

La paralysie devient permanente, après des phases d'amélioration, et comporte un pronostic d'autant plus réservé que son évolution est encore imparfaitement connue.

Son histoire anatomo-pathologique n'est pas élucidée, et est bâtie sur des hypothèses. Pour les uns, il s'agit d'une altération des noyaux d'origine de l'oculo-moteur commun, pour les autres, d'une lésion du tronc nerveux.

Dans le cas de Gubler, on a trouvé le nerf oculo-moteur enveloppé d'un exsudat abondant avec épaississement de la pie-mère. Dans un cas de Weiss, le tronc du nerf était farci de masses tuberculeuses ; dans une observation de Thomsen, il s'agissait d'une tumeur fibro-chondromateuse comprimant la troisième paire.

Ces quelques constatations anatomo-pathologiques donnent à réfléchir ; on doit se demander en face du syndrome « ophtalmoplégie douloureuse » si, malgré des apparences de santé trompeuses, il ne se dissimule pas derrière cette soi-disant migraine, une tumeur latente du cerveau, comme dans les cas de Weiss et de Thomsen.

Charcot pensait qu'il pouvait s'agir au début de phénomènes d'ordre simplement dynamique, et que la répétition de la congestion ou de l'anémie régionale pouvait faire apparaître plus tard de véritables lésions sur un terrain préparé par la migraine.

Nous qui combattons pour la *théorie angiospasmodique* des migraines, nous émettrons l'hypothèse d'un trouble circulatoire

dans la région bulbaire. Un angiospasme périodique dans un domaine aussi vulnérable pourrait adultérer certains noyaux bulbaires et réaliser le syndrome migraine ophtalmoplégique.

Nous avons cru nécessaire de traiter un peu longuement cette question, avant d'aborder la thérapeutique de la maladie. Comment en effet poser des règles sérieuses de traitement devant une série de points d'interrogation?

Un fait tout récent de Coutouzis (de Smyrne), bien observé et relaté avec soin[1], n'est pas fait pour rassurer. Malgré le traitement par le bromure et la médication quinique, les accidents se sont aggravés de telle sorte qu'il est à craindre, dit l'auteur, que la maladie, qui était *périodique*, ne se transforme en *maladie continue à exacerbations* périodiques.

Par contre, le traitement par la *quinine* fut plus heureux dans un cas publié par la *Médecine moderne* (10 mars 1897).

Mokliatchkine[2] rapporte l'observation d'une jeune fille de quinze ans, paludéenne, chez qui se réalisa le syndrome « migraine ophtalmoplégique ».

La douleur avait cédé à la phénacétine, mais l'occlusion de l'œil persista.

Sous l'influence de la quinine administrée à la dose de $0^{gr},60$ à $1^{gr},20$ par jour pendant cinq à six semaines, tous les troubles disparurent progressivement.

C'était là un cas de *fièvre larvée*, que l'auteur attribue à une *névrite infectieuse périodique* par infection palustre.

La *période douloureuse* de la migraine ophtalmoplégique sera justiciable de l'*antipyrine*, *phénacétine*, *acétanilide* et autres médicaments nervins. Dans les cas à récidives fréquentes et durables, le *bromure* à hautes doses, et le *sulfate de quinine* seront plutôt indiqués.

La *période paralytique* est souvent rebelle à toute intervention médicamenteuse. On essaiera les *révulsifs* sous forme de vésicatoires dans la région de la nuque, sous forme de petits cautères à la pâte de Vienne, et même de sétons.

1. Coutouzis. — *Journ. de méd. et de thér. prat.*, avril 1897.
2. Mokliatchkine. — *Soc. de neurop. de Kazan.*

On ne saurait s'empêcher, lorsque la médication bromurée et quinique aura échoué, de recourir au traitement *ioduré* et même au traitement *mixte*, ioduré et mercuriel.

II

Notions étiologiques.

Le *traitement* de la migraine consiste dans la réglementation de la manière de vivre, dans les précautions à prendre pour éviter toutes les choses nuisibles, et toutes les causes occasionnelles de l'accès. Celles-ci varient pour ainsi dire avec chaque sujet, et méritent qu'on les étudie avec tous les détails.

Avant d'aborder la médication de l'hémicranie, il est donc légitime de passer en revue son *étiologie*. La connaissance des raisons provocatrices de l'accès peut seule mettre le patient à même de les éviter.

L'idéal de la thérapeutique est de s'inspirer de la *pathogénie*, de la physiologie pathologique de l'affection qu'elle veut combattre. La pathogénie de la migraine doit donc être discutée également avant l'étude des agents médicamenteux.

A. — *Arthritisme*. — Tout le monde n'est pas d'accord sur les liens qui rattachent la migraine à l'arthritisme et à la goutte. Pour Trousseau « la migraine et la goutte sont sœurs ». Möbius (de Leipzig) combat cette conclusion de l'auteur français et ne voit dans la réunion des deux affections qu'une simple coïncidence. Il nous semble cependant que, pour peu qu'on fouille dans les antécédents personnels ou héréditaires des migraineux, on trouve à l'origine une manifestation arthritique : rhumatisme musculaire, lithiase hépatique ou rénale, hémorroïdes, goutte, obésité, asthme, etc.

B. — *Hérédité névropathique directe et indirecte*. — Il n'en faut pas moins convenir, et nous y avons déjà insisté, que la plupart des migraineux sont des *névropathes*, et cela est d'un intérêt théorique et pratique. Fréquemment on peut mettre en évidence soit l'*hérédité directe*, 87 fois dans 127 cas de Möbius, soit

l'hérédité névropathique ; et les observations de Féré, de Gilles de la Tourette, de Briquet, de Hammond, ont démontré la réalité chez les ascendants de formes graves ou légères de la dégénérescence (hystérie, épilepsie, hypocondrie, goitre exophtalmique, idées d'obsession). Bourneville, Liveing ont contribué à assurer la solidité de cette doctrine.

Si les migraineux sont des dégénérés, comme on l'a prétendu, ils ont du moins la consolation d'être plutôt des dégénérés supérieurs, et de compter dans leurs rangs des illustrations comme Mirabeau, Marmontel, Parry, Piorry, Rilliet, Du Bois-Reymond, Charcot, Fothergill, Herschell, etc.

Il reste donc établi comme conclusion que l'hérédité directe intervient comme cause de premier ordre, et que la *prédisposition nerveuse* est une condition *sine qua non* de la migraine. On doit admettre avec Möbius que *la prédisposition est en sens inverse de l'importance des causes occasionnelles.*

Plus la prédisposition est accentuée, plus faibles sont les causes occasionnelles qui provoquent l'attaque ; plus la prédisposition nerveuse est faible, plus les causes déterminantes de l'accès devront être importantes.

Si l'on peut mettre certains sujets à l'abri de leurs crises en réglant strictement leur hygiène, il en est qui, en dépit de l'existence la plus sagement conduite, verront éclater le mal au moindre propos. C'est donc à la valeur des causes occasionnelles qu'on pourra conclure au degré de la prédisposition.

Une prédisposition faible, longtemps même latente, pourra se révéler à l'occasion, comme dit Möbius « de l'abaissement du niveau de la santé ». Les *influences débilitantes* seront tantôt une maladie infectieuse, une intoxication nettement définie, l'usage de l'alcool, les accouchements répétés, la lactation prolongée, les préoccupations tristes, les revers de fortune, le sentiment exagéré de la responsabilité administrative, commerciale ou professionnelle quelconque — le surmenage, le séjour prolongé dans des atmosphères viciées, etc. La surexcitation de tous les sens joue un grand rôle dans la genèse du nervosisme et l'abus de la musique, du théâtre, des soirées, des

fêtes, contribue pour une large part à sa culture intensive.

Le migraineux supporte mal l'*alcool* et les moindres doses de spiritueux appellent souvent une crise le lendemain. Aussi Wallace a-t-il pu dire plaisamment, comme le rapporte Möbius, que la migraine est une *insocial malady*, indiquant par là que les relations sociales ne sauraient se concevoir sans alcool.

Nous ne pouvons souscrire à l'opinion qui fait de la migraine ophtalmique un *équivalent épileptoïde*. Que de migraineux à scotomes tout médecin a eu l'occasion de rencontrer, sans qu'il ait pu découvrir chez eux rien de ce qui caractérise le haut et le petit mal ! Chez la plupart, et ils sont légion, la connaissance pendant l'accès reste toujours parfaite ; chez le plus grand nombre, l'état mental est absolument normal, et le psychisme n'est en rien celui qui caractérise l'épilepsie.

C. — *Intoxication.* — Chez tous ceux que j'ai observés, j'ai trouvé chez les ascendants des tares arthritiques ou nerveuses. Chez les uns les parents étaient rhumatisants, goutteux, obèses, diabétiques, lithiasiques ; chez les autres j'ai trouvé des hystériques, des neurasthéniques. Les patients eux-mêmes étaient des arthritiques, des névropathes, et fort souvent des intoxiqués. Je suis persuadé que l'*intoxication*, dans le sens le plus compréhensif du mot, est le facteur le plus important de l'hémicranie. La plus fréquente est sans contredit l'*intoxication alimentaire*.

La crise, pour peu qu'on se donne la peine d'interroger le malade, éclate souvent le lendemain d'un repas trop copieux, ou composé d'aliments indigestes. Le patient lui-même est fréquemment un dyspeptique, parfois constipé. Chez lui la digestion est lente, pénible, il fabrique aisément des toxines, ptomaïnes ou leucomaïnes. Dans d'autres conditions, c'est à la suite d'excès tabagiques ou d'un séjour prolongé dans une atmosphère viciée que la crise se produit.

En résumé, la migraine n'est pas une entité morbide. C'est un *syndrome* qu'on peut observer sous diverses influences et qu'on doit traiter différemment suivant la cause qui l'a engendré.

Tantôt, et le plus souvent, la migraine est une manière d'être

de l'arthritisme ou une intoxication d'ordre alimentaire. En réalité c'est une intoxication par dérivés uriques ou par toxines dans l'un et l'autre cas.

Tantôt, mais bien plus rarement que ne l'affirment les Américains, la crise migraineuse est secondaire à des troubles oculaires. Tantôt, dans ses formes les plus accentuées, surtout dans la *forme accompagnée* de la migraine ophtalmique, c'est une névrose primitive, ou secondaire à différentes maladies nerveuses.

Les principales névropathies auxquelles elle peut se rattacher sont, comme nous l'avons dit plus haut : la neurasthénie, — l'hystérie, — le tabes, — la paralysie générale, — certaines psychoses, — et l'épilepsie.

III

Pathogénie.

La pathogénie est surtout applicable à la migraine ophtalmique. Nous croyons, et l'opinion a été également soutenue par Parinaud et sous son inspiration par Antonelli, que le syndrome migraine ophtalmique est dû à un trouble circulatoire, et très vraisemblablement à un *spasme artériel*. On peut invoquer en faveur de cette hypothèse : — l'apparition soudaine des troubles visuels, — le fait que la migraine ophtalmique s'observe souvent chez des sujets ayant présenté d'autres spasmes, comme le blépharospasme, — le fait aussi que dans la migraine vulgaire nous avons constaté souvent l'induration spasmodique de l'artère temporale, induration précédant les phénomènes douloureux, et cessant avec eux. — Antonelli fait remarquer que l'amblyopie transitoire a des rapports évidents avec des névroses telles que la neurasthénie et l'hystérie où les troubles vaso-moteurs jouent un grand rôle.

Au début de la migraine, on peut observer une première période de spasme vasculaire, caractérisée par la pâleur du visage et des oreilles, et une deuxième période où la face, l'o-

reille et la conjonctive du côté de l'hémicranie sont rouges et le siège d'une congestion intense neuro-paralytique.

L'angiospasme, après avoir été pendant longtemps un phénomène dynamique, peut aboutir par sa répétition à une lésion organique, et compromettre gravement par suite de troubles circulatoires la vitalité des tissus nerveux que les artérioles adultérées dans leurs parois ne peuvent plus assurer.

Nous rappelons, pour affermir cette opinion, l'observation de Galezowski démontrant la réalité d'une thrombose de l'artère centrale de la rétine consécutive à des crises répétées de migraine ophtalmique.

Determann aussi considère comme un fait établi que la migraine se développe par suite de *troubles de la fonction de l'écorce cérébrale* ; malheureusement les altérations qu'on suppose dans l'écorce cérébrale échappent encore à nos moyens d'investigation, et les preuves anatomiques manquent pour donner force de loi à cette opinion.

Il partage l'avis de Charcot qui pensait que des lésions inflammatoires peuvent succéder à des attaques de longue durée provoquées au début par des troubles vaso-moteurs purement dynamiques.

Pour lui, comme pour Eulenburg, pour Parinaud et Antonelli, comme pour nous, l'hypothèse la plus vraisemblable pour expliquer la pathogénie de la migraine et principalement de la migraine ophtalmique, est celle d'une *angionévrose locale*, qui déterminerait un *angiospasme* plus ou moins étendu dans certaines régions de l'écorce cérébrale, *dans les centres visuels*.

Nous considérons donc que l'angionévrose peut être primitive ou secondaire. Dans ce dernier cas, elle précède souvent de plusieurs mois ou accompagne le tabes, l'épilepsie, la paralysie générale. Souvent elle est fonction d'intoxication par l'acide urique et ses dérivés ou par des toxines élaborées dans le tube digestif et transportées dans le torrent circulatoire. Pour Möbius, l'attaque hémicranique serait, comme pour Liveing, une sorte de tempête nerveuse, *nerve-storm*, une sorte d'*explosion*, comme disait Willis, résultant de ma-

tières chimiques d'essence encore inconnue, s'accumulant dans le cerveau, et agissant sur lui, sans l'intermédiaire d'un spasme vaso-moteur. Le spasme peut être si passager qu'il est difficile de le prendre sur le fait ; de là la diversité des opinions. Il est même probable qu'à la phase spasmodique succède assez rapidement une phase paralytique.

Tout le monde a pu constater le spasme avec endurcissement de l'artère temporale du côté de la crise hémicranique. — Brewster et Quaglino ont vu le spasme des vaisseaux du fond de l'œil pendant l'accès du scotome scintillant. Forster, Dianoux, Parinaud n'ont rien remarqué d'anormal dans le fond de l'œil pendant l'accès d'amblyopie transitoire ; Mollendorf dit avoir constaté la dilatation des vaisseaux pendant les crises. De là la division des auteurs allemands en forme *angiospastique* et en forme *angioparalytique*. Rien ne prouve que ce ne soient pas là deux phases successives d'une angionévrose.

Il y a d'ailleurs chez les ophtalmo-migraineux une *impressionnabilité extrême de la rétine*. Une lumière un peu vive peut faire éclater l'accès ; on peut constater que, chez ces sujets, la rétine garde plus longtemps que chez les autres l'impression des objets qui viennent de la frapper.

IV

Traitement des accès.

A. — MÉDICATION INTERNE.

1° L'extrait de *cannabis indica* a été recommandé par Segum qui aurait obtenu une guérison plus ou moins complète dans près de la moitié des cas, après un traitement d'un ou plusieurs mois. Gradle (de Chicago) emploie de préférence la teinture de *cannabis indica* à la dose XX à XXV gouttes.

Cette dose doit être administrée toutes les six heures. Si la première dose ne fait pas cesser complètement l'attaque, il en donne une autre un peu plus forte six heures après. Mais si la

crise résiste à des doses relativement modérées il est inutile de recourir à de plus fortes.

J'ai employé avec succès la formule suivante :

℞ Extrait de cannabis indica	0gr,015
Phénacétine	0gr,05
Acétanilide	0gr,05
Excipient	Q. S.

Pour une pilule : 30 semblables.

En prendre une tous les quarts d'heure jusqu'à soulagement de l'accès. S'arrêter à 10 pilules.

J'ai vu la migraine cesser après la cinquième pilule.

2° *Antipyrine ou analgésine.* — On ne doit pas oublier que c'est là le roi des médicaments en fait d'anti-migraineux. A Germain Sée revient, sans conteste, le mérite d'en avoir le premier démontré l'efficacité. Les doses sont, pour ainsi dire, individuelles. Tel sujet guérit sa crise avec une prise de 0gr,50 ; à tel autre il faudra administrer, à une demi-heure d'intervalle, *un cachet* d'un gramme, en allant jusqu'à 3 grammes et 4 grammes. On ne s'arrêtera, pour ordonner ce médicament, que devant certaines susceptibilités assez rares se traduisant par de l'intolérance gastrique, des éruptions érythémateuses et de véritables manifestations toxiques. En ajoutant à l'antipyrine 0gr,50 de *bicarbonate de soude*, l'estomac la tolère mieux. Chez quelques malades, l'accès d'hémicranie s'accompagne d'un état nauséeux si prononcé et si pénible qu'on ne saurait songer à leur faire ingurgiter ni boisson ni médicament. On peut recourir à une *injection sous-cutanée* qui a l'inconvénient d'être fort douloureuse, à moins qu'on n'incorpore à la solution une faible quantité de chlorydrate de cocaïne.

Il est préférable de faire absorber l'antipyrine sous forme d'un quart de *lavement médicamenteux* contenant 3 grammes ou même de 4 à 5 grammes de cette substance.

Dans les cas où l'antipyrine n'agit pas, Lauder Brunton pense qu'on peut expliquer ce défaut d'action par le fait que le médicament n'a pas été administré à jeun. Il ne serait inefficace que s'il est ingéré une heure ou deux après le

repas, alors que la sécrétion gastrique est souvent arrêtée, et que les aliments, sous l'influence de la migraine, ne sont ni digérés ni absorbés.

3° Avant la vogue si justifiée de l'antipyrine, on prescrivait fréquemment, et souvent avec succès, la *caféine* et ses composés, qu'on peut donner en potion ou en injection sous-cutanée. Il est préférable de prescrire la caféine en potion associée à du salicylate ou du benzoate de soude — comme dans la formule suivante :

♃ Caféine	ãã	14 grammes.
Benzoate de soude		
Eau de menthe		250 —

Dissolvez.

Chaque cuillerée à café représente 0gr,25 ; on peut en donner 3 cuillerées à café par jour, à 2 heures d'intervalle.

Pour injection hypodermique, on se servira de la formule de Huchard :

♃ Caféine	2gr,50
Benzoate de soude	2gr,95
Eau distillée	Q. S. pour 10 c. c.

1 centimètre cube représente 0gr,25 de caféine.

4° On trouve de temps en temps, dans la pratique, des sujets rebelles à l'action de l'antipyrine. On pourra les tâter avec d'autres médicaments analgésiques. Celui qui possède à son actif le plus grand nombre de succès, c'est l'*acétanilide* ou antifébrine.

Il sera sage et prudent de ne le donner qu'à doses fragmentées, sous forme de petits cachets de 0gr,20 — jusqu'à 5 ou 6 cachets par jour à une heure ou même une demi-heure d'intervalle.

On peut l'associer à d'autres médicaments comme dans la formule suivante :

♃ Acétanilide	0gr,20
Phénacétine	0gr,10
Valérianate de quinine	0gr,05

M. S. A. pour 1 cachet : 5 semblables à prendre en 2 heures.

5° L'*exalgine* est souvent héroïque dans les névralgies trifaciales, moins active contre la vraie migraine. On peut l'ordon-

ner en cachets de 0gr,08 de quart d'heure en quart d'heure, sans dépasser 3 cachets — ou en une prise de 0gr,25.

C'est un médicament à surveiller et qui compte à son actif des accidents subits de collapsus.

6° Nous avons longuement insisté sur la pathogénie de la migraine, et nous avons conclu avec certains auteurs qu'elle était attribuable, très vraisemblablement, à un *angiospasme*. Des auteurs allemands ont décrit une forme angiotonique, et angioparalytique, et ont tiré de cette division théorique des médications thérapeutiques spéciales, et une électrothérapie qui varie avec l'une ou l'autre de ces formes.

De là l'emploi du *nitrite d'amyle*, comme vaso-dilatateur, en inhalations de quelques gouttes. Les succès obtenus ont été aussi problématiques que pour l'épilepsie.

7° L'usage de l'*ergot de seigle* comme vaso-constricteur, recommandé par Eulenburg, paraît tout aussi peu efficace.

8° Contrairement à l'opinion d'Oppolzer, je n'ai jamais obtenu d'effet réel avec les *sels de quinine*.

9° Lauder Brunton vante l'action du *salicylate de soude* pris en 4 doses de 1gr,50 et associé à 2gr,50 de bromure de potassium.

10° Starr prescrit d'ordinaire le *sel de Rachford* composé de :

℞ Phosphate de soude	10 parties.
Sulfate de soude	4 —
Salicylate de soude	2 —

On prend 4 grammes de ce mélange le matin à jeun.

11° *Bleu de méthylène*. — Immerwahr avait trouvé le bleu de méthylène efficace dans le traitement de la névralgie du trijumeau et de la « migraine angiospastique ». Suivant Ehrlich, il ne ferait que calmer les douleurs, comme la codéine ou la morphine, mais ne saurait les arrêter d'une manière définitive.

Benus Lewy (de Berlin) a trouvé dans cette matière tinctoriale un remède très efficace dans un certain nombre de cas de céphalées rebelles à tout traitement, et plus spécialement de la migraine angiospastique. Il le donne à la dose de 0gr,10 quatre fois par jour, jusqu'à concurrence de 1 gramme par jour.

Lorsque cette dose a été atteinte, on cesse la médication pendant plusieurs semaines pour la reprendre dans les mêmes proportions.

Lewy associe au bleu de la *noix de muscade* afin d'éviter l'irritation de la vessie.

Voici sa formule :

℞ Bleu méthylique de Merck..... } aa 0gr,10
Noix de muscade pulvérisée..... }
M. I. capsules gélatineuses n° 10.
4 capsules par jour.

L'effet antinévralgique et antimigraineux du bleu méthylique aurait été signalé avant Lewy par Schnidler (de Berlin) et Paul Gutmann en 1892.

12° *Migrainine.* — Schumann (Berlin, 1896) recommande, après l'avoir expérimentée sur lui-même, la *migrainine*, comme un des rares produits pharmaceutiques qui combattent la migraine, « d'une façon sûre et efficace ».

Aussitôt, dit-il, qu'il s'aperçoit, au réveil, des premiers symptômes du mal, il prend un gramme de migrainine et se trouve débarrassé pour toute la journée. Ce médicament ne ferait pas seulement avorter la crise, mais en diminuerait singulièrement la fréquence.

Tout compte fait, la migrainine n'est que l'antipyrine déguisée sous ce nom par une maison allemande de produits pharmaceutiques. La formule que nous avons pu nous procurer est

℞ Antipyrine..... 89gr, 4 p. 100
Caféine..... 0gr, 2 —
Acide citrique..... 0gr,56 —
M. S. A

13° Le *paullinia* avait joui d'une grande vogue avant l'antipyrine qui est venue le détrôner. En réalité, les résultats obtenus n'étaient pas très brillants, et les succès qu'on a enregistrés étaient dus à la caféine que le paullinia renferme dans une proportion de 5 p. 100 environ.

Au moment de l'accès on le donnait sous forme de cachets médicamenteux renfermant 0gr,50 de poudre.

On peut en ordonner jusqu'à trois à 10 minutes d'intervalle.

On peut également prescrire l'extrait liquide par cuillerées à café toutes les demi-heures, jusqu'à cinq pour un accès.

Nous ne donnons ces formules que pour mémoire, sans recommander autrement ce produit qui a été bien distancé.

14° Nous serons moins sévères pour un autre médicament, un peu délaissé pour les nouveaux analgésiques, l'*aconitine*.

C'est sans contredit un médicament dangereux, et qu'il faut surveiller, comme le fait avec raison remarquer Oulmont ; mais on peut trouver des cas d'hémicranie rebelles à tout autre médicament et qui ne sont justiciables que de l'aconitine.

On l'administrera en surveillant l'emploi, en granules d'un quart de milligramme, sans dépasser deux granules, à une heure d'intervalle.

On trouvera dans les pilules de Moussette un médicament bien dosé, dont on ne prescrira que deux à deux heures d'intervalle. Avec trois pilules, j'ai observé un début d'intoxication sévère.

15° Pour Möbius, le seul traitement efficace de la crise migraineuse, c'est l'*injection de morphine*. On ne doit la faire, dit-il, que lorsque les douleurs sont intolérables. Malgré l'autorité de Möbius, je ne me risquerai pas volontiers à faire courir à un névropathe les chances de devenir un morphinomane. Quitte à laisser souffrir le migraineux, et on peut toujours le soulager, je le tiendrais à l'abri des dangers de la morphine. Mieux vaut encore un mal qu'un malheur.

B. — MÉDICATION EXTERNE.

Onimus emploie de préférence les *courants continus* ; il use d'un courant de 8 éléments, et place les tampons de chaque côté du front, pendant 5 à 10 minutes. Comme Du Bois-Reymond, Horst préfère électriser le grand sympathique cervical ; au niveau du bord externe du sterno-mastoïdien, il applique l'anode, pour la forme spasmodique, et l'autre électrode dans la paume de la main.

La *médecine vibratoire* de Charcot a été employée avec succès par lui et ses élèves. Jégu avait déjà obtenu d'heureux résultats au moyen de son fauteuil trépidant chez les parkinsoniens. Boudet (de Paris) a constaté que chez les migraineux des crises violentes peuvent être arrêtées, ou tout au moins soulagées par son diapason vibrant. Gilles de la Tourette a enregistré des succès avec l'emploi de son casque vibrant.

Je ne m'étendrai pas sur la méthode de *compression carotidienne* vantée par Merz, par Eulenburg et Gutmann.

Je n'ai jamais pu soulager de véritable accès d'hémicranie par la compression de la carotide du côté douloureux, ni par celle du côté opposé.

Les *compresses* d'*eau froide* souvent renouvelées soulagent, mais ne guérissent pas; il en est de même des applications d'*eau chloroformée*, d'*eau mentholée*, d'*eau sédative*. L'*eau de Cologne* appliquée sur un mouchoir qu'on recouvre de taffetas gommé, et qu'on serre fortement autour de la tête, produit une action révulsive assez intense pour faire avorter dans certains cas une crise à son début. Le *crayon de menthol* produit une sensation de fraîcheur agréable et une accalmie éphémère.

Chez un certain nombre de patients, j'ai obtenu de meilleurs effets au moyen de *compresses d'eau très chaude* appliquées sur la région frontale et sur les yeux, et fréquemment renouvelées.

Les masseurs, il est vrai qu'en l'occurrence ils sont un peu orfèvres, ont édifié une théorie qui appelle l'intervention du *massage local*. Ils pensent que l'hémicranie peut être causée par des affections musculaires du cuir chevelu, de certains muscles du cou et de la face.

Rosenbach a trouvé des points d'hyperesthésie sur des régions étendues de la tête, points qui ne correspondaient nullement à l'émergence des filets nerveux, mais à l'insertion et au trajet de certains muscles : frontal, occipital, temporal sterno-mastoïdien, trapèze. Il vante le *massage*, la *faradisation* et la *galvanisation* à interruptions fréquentes afin d'a-

mener des contractions musculaires énergiques. Norström a pu constater fréquemment chez les migraineux des *nœuds* et des infiltrations rhumatismales sur les muscles de la tête, du cou et de la face. Anton Bum (de Vienne) a découvert, chez 17 migraineux traités inutilement par toutes sortes de médications, des indurations musculaires marquées, et a guéri la plupart d'entre eux par le massage méthodique des points indurés.

La durée du traitement fut de cinq semaines au minimum et de quatre mois au maximum.

Möbius ne voit dans ces succès thérapeutiques qu'un simple effet de *suggestion*. J'ai pu constater plusieurs fois, et en particulier sur moi-même, la réalité de ces infiltrations musculaires. — Les séances de massage, suivant Bum, ne doivent pas dépasser 5 à 10 minutes au début, et peuvent se prolonger plus tard jusqu'à 15 et 20 minutes. — Outre les frictions circulaires des nodosités avec le pouce ou l'index et le médius réunis, Bum exécute au niveau des infiltrations une sorte de mouvement vibratoire avec le « vibrateur de Liedbek ». Hasebroek et Buchheim ont constaté que la vibration a pour effet de précipiter la circulation dans les capillaires et les vaisseaux lymphatiques[1].

V

Traitement prophylactique.

A. — Il consiste en préceptes d'hygiène plus faciles à formuler qu'à suivre. Il est impossible en effet de se mettre à l'abri de toutes les causes occasionnelles si multiples qui font éclater un accès.

Elles varient, pour ainsi dire, avec chaque individu. Chez l'un c'est une odeur un peu forte, chez l'autre un bruit strident ou une impression lumineuse vive. Le plus souvent un excès de table, des veilles prolongées, un réveil brusque, font éclater la crise.

1. Hasebroek et Buchheim. — *Deutsche Ztschr. f. Chirurg.*, XXXIV, 1892.

Parfois la cause la plus futile intervient, lorsque le sujet est en imminence morbide.

Le migraineux dyspeptique, même celui qu'on considère comme dyspeptique nerveux, ne devra pas être livré à sa propre inspiration, quoi qu'en ait dit Trousseau, dans le choix de ses aliments. On ne perdra pas de vue qu'on a affaire à des névrosés dont l'appétence est souvent pervertie et on rendra grand service au malade en guidant ses pas, en imposant la propre volonté du médecin à la sienne, trop souvent défaillante.

Dans l'atonie de l'estomac sans dilatation, on aura recours au traitement de Weir-Mitchell dont la base est le *lait*. Mais on ne perdra pas de vue que chez les dilatés à fermentation acide, ce breuvage est souvent plus nuisible qu'utile. Glatz vante, dans ces conditions, l'usage du *petit-lait* composé de sels, de sucre (lactose) et d'une certaine quantité de caséine et de beurre non précipités par l'acide lactique. On commencera par un verre de la contenance de 120 grammes matin et soir, et on augmentera graduellement jusqu'à 10 verres par jour. En même temps on évitera les viandes noires, et on insistera sur le régime végétarien mitigé par les viandes blanches, les œufs, les fruits cuits.

L'alcool serra rigoureusement défendu.

Nous avons déjà dit que l'alcool était pour le migraineux un terrible ennemi. Liveing rapporte le cas d'un médecin qui ne pouvait prendre un verre de vin sans avoir aussitôt une attaque violente. La règle comporte certaines exceptions; Haatsch, cité par Marcus (de Pyrmont), faisait cesser un accès de migraine en buvant une demi-bouteille de champagne. Marcus fait jouer un rôle important aux *variations atmosphériques*. Le fait n'est pas douteux; j'ai remarqué que les oscillations barométriques brusques, précédant les temps d'orage, provoquent ou renforcent l'attaque d'hémicranie. Il faut tenir grand compte de la tension électrique.

Le séjour des altitudes convient mieux aux migraineux que la plaine; le bord de la mer avec ses sautes de vent brusques leur est particulièrement nuisible.

B. — L'idée d'*intoxication* a été présentée avec un talent et des vues originales par Brachford (de Cincinnati) dans un travail intitulé « Les *leucomaïnes* d'acide urique (*uric-acid*) considérées comme des facteurs de l'étiologie de la migraine et d'affections voisines ».

Dans un travail du 26 mai 1894, Brachford rapporte l'observation d'une malade qui avait souffert toute sa vie de la migraine jusqu'à l'âge de soixante ans passés.

A cette époque les attaques de migraine furent remplacées par des paroxysmes épileptoïdes, se substituant aux attaques de migraine antérieures sans affecter particulièrement les facultés intellectuelles. L'urine de la malade, éliminée soit pendant, soit immédiatement après la crise, ne contenait pas seulement un excès d'acide urique, mais encore un très notable excédent de *paraxanthine*, leucomaïne toxique du groupe acide urique. Le médecin américain pense que la migraine classique est une *intoxication par les leucomaïnes*, et spécialement par la paraxanthine. Il est convaincu que la solution de paraxanthine provenant des cas d'épilepsie migraineuse produisait chez des souris les mêmes symptômes qu'il avait enregistrés chez ses malades.

Cette idée d'intoxication doit, comme nous le verrons plus loin, inspirer la thérapeutique ; aussi Brachford adopte-t-il la diète préconisée par Haig : il ne permet ni vin, ni liqueurs, ni viandes saignantes, mais seulement des œufs, du lait, des fruits, des légumes à discrétion. — Comme agent thérapeutique, le *permanganate de potasse*, à la dose de 62 centigrammes trois fois par jour lui a semblé un excellent antidote contre l'intoxication par la paraxanthine. Il recommande également les sels de *Carlsbad* et le *salicylate de soude*.

Kellog (de Chicago), un partisan résolu de la *théorie toxi-digestive* de la migraine, pense que la cause du mal réside fréquemment dans l'indigestibilité de l'amidon. Chez beaucoup de malades il a constaté, tantôt la dilatation de l'estomac, tantôt de l'entéroptose avec hyperesthésie marquée du sympathique abdominal. — Il supprime de l'alimentation toutes les

substances capables de former facilement des ptomaïnes. Il proscrit ainsi le beurre, le fromage, la volaille, les huîtres, qui s'altèrent et se décomposent trop facilement, le poisson en général et la viande rouge. Glénard interdit même le lait dans les cas de dilatation de l'estomac ; nous sommes d'avis de maintenir cette interdiction dans le cas de forte fermentation lactique.

Kellog le remplace par le koumys, mais non pas le *koumys* ordinaire qui renferme du levain pouvant favoriser la fermentation lactique et la formation des ptomaïnes, mais un koumys préparé avec du *lait stérilisé*, sans addition de levain. « La lactose, dit Kellog, par un ferment qui développe de l'acide lactique, est transformée en acide lactique ; ce ferment ne décompose pas en même temps la caséine et ne forme donc pas de ptomaïnes. » — On provoque dans le lait stérilisé l'adduction d'acide carbonique sous une pression de 50 kilos. L'auteur prétend que, préparé de cette manière, le koumys peut rendre des services précieux, non seulement dans la migraine, mais dans de nombreux états pathologiques, tels que : la dyspepsie, les ictères infectieux, l'albuminurie, le diabète, le rhumatisme chronique, et dans tous les cas où il s'agit de créer des conditions aseptiques ou antiseptiques des voies intestinales.

Le sujet doit prendre tous les jours de 3 à 6 pintes (demi-litre) de koumys en augmentant la dose progressivement. On répartit les 6 demi-litres en 4 prises : la première à huit heures du matin, les autres à midi, à trois heures et à sept heures du soir. Le régime du koumys se marie bien avec celui des œufs frais pris en certaine quantité, jusqu'à 6 ou 12 par jour.

Kellog permet en même temps le pain sans levain, le biscuit, les purées de lentilles, de pois, de haricots bien passées et bien cuites.

Il proscrit formellement le céleri et le chou, mais nous ne sommes plus d'accord avec lui lorsque nous lui voyons recommander les choux-fleurs, les pois verts. Il rejette, comme la plupart des médecins, les aliments gras, les sauces, les ragoûts, les fritures.

Dans le *cas de migraine opiniâtre* et *récidivante*, on sera plus

sévère encore, et on n'autorisera pendant quelques semaines que le koumys, les œufs, les légumes verts, les fruits cuits, le biscuit. Les *acides organiques* ont une influence sur la digestibilité de l'amidon par la salive. Kellog a observé que lorsqu'on ajoute à un mélange composé de 100 centigrammes de salive et de 10 centigrammes d'amidon bouilli, une partie d'*acide lactique*, la transformation de l'amidon se trouvait retardée d'une heure. L'*acide oxalique* (1 : 10.000), — l'acide lactique (1 : 1.000), — le *jus de citron* (1 : 1.000), ont un effet analogue et retardent considérablement la transformation de l'amidon; les fruits acides agissent dans le même sens. Les migraineux devront renoncer aux fruits crus ; suivant nous, les pêches bien mûres, les abricots doivent être maintenus, mais on défendra les pommes, les poires, les prunes. La salade est un aliment indigeste, et Robert a démontré que le *vinaigre*, même dans la proportion de 1 p. 5.000, a une action défavorable sur la digestion de l'amidon. Le *thé* et le *café* troublent-ils la digestion de l'amidon autant que le prétend Kellog, qui prétend avoir guéri un grand nombre de cas de migraine, par leur seule proscription ?

Je crois, d'après mon expérience personnelle, que ces deux breuvages ne méritent pas au même titre cette condamnation si formelle. Le thé, s'il renferme de l'acide tannique et des huiles volatiles, et peut, dans une certaine limite, retarder la digestion de l'amidon, a, d'autre part, une grande action éliminatrice des toxines de la digestion par le fait qu'il est très diurétique, qu'il provoque fréquemment une diaphorèse bienfaisante, qu'il contient une certaine dose de caféine, si utile aux migraineux. — Je continue donc à le recommander soit pendant le repas, soit immédiatement après, mais à condition que l'infusion ne soit pas très forte, et que la dose ne dépasse pas deux tasses.

Glatz a vu réussir chez ses malades l'ingestion, le matin à jeun, de deux ou trois verres d'*eau chaude*. Ce traitement donne de bons résultats dans le catarrhe gastrique et l'hyperacidité.

C. — On défendra aux migraineux le séjour prolongé dans des salles surchauffées ou dans une atmosphère chargée de vapeurs tabagiques. Chez certains *nerveux*, le *tabac* devient un véritable poison. De même qu'il peut provoquer par son abus l'*angiospasme* des coronaires qui réalise, d'après Huchard, l'angine de poitrine, il est capable de favoriser l'*angiospasme cérébral* qui réalise la crise migraineuse.

D. — Les *occupations sédentaires* sont mauvaises au migraineux. Aussi lui recommandera-t-on l'activité physique, la marche progressive au grand air. On lui défendra les excès vénériens, on lui appliquera les préceptes de l'école de Salerne, exception faite de l'*ebriare mense*.

E. — Chez la femme, on surveillera les fonctions génitales, on assurera leur régularité, car il n'est pas douteux que souvent les troubles menstruels sont en corrélation évidente avec les crises migraineuses.

F. — On soignera les affections du nez dont on a exagéré l'action provocatrice pour une série de manifestations nerveuses, mais qui peuvent être le point de départ de réflexes douloureux et de céphalalgies persistantes qui ne sont pas sans analogie avec les accès migraineux à leur période d'exacerbation.

G. — Gradle (de Chicago) combat l'opinion des auteurs qui rattachent intimement l'épilepsie à la migraine ; il fait valoir qu'un épileptique peut avoir des migraines tout aussi bien qu'un individu sain. Il n'admet même pas la tare nerveuse chez les migraineux, se basant sur de nombreuses observations et des recherches minutieuses sur les antécédents héréditaires de ses malades. Les divers mémoires de Féré viennent protester contre des assertions aussi exclusives que celles du médecin américain ; il n'est pas contestable que le nervosisme joue un rôle étiologique de premier ordre dans la genèse de l'hémicranie. Mais il est évident aussi que, dans le nombre de migraineux qui ont recours aux soins du médecin ou qui s'en passent, il est rare de découvrir l'épilepsie parmi les ascendants, les consanguins ou les descendants.

H. — Si Gradle élimine avec une telle rigueur l'hérédité

nerveuse, c'est pour faire une place d'honneur, comme les autres médecins américains déjà cités, à l'*astigmatisme*. Il rapporte nombre de cas de migraine guéris par la correction de la vision au moyen de verres appropriés. Il insiste également sur l'utilité qu'il y a à rechercher, chez les gens souffrant de maux de tête persistants d'allure hémicranique, les *affections du nez* et des sinus accessoires.

Chez nous, Javal a vu des migraineux guéris, après un traitement d'une affection oculaire dont ils se doutaient à peine.

Les oculistes ont constaté tantôt de l'hypermétropie, de l'astigmatisme simple, ou hypermétropique ou myopique, nécessitant un effort d'accommodation et de convergence portant sur les droits internes et le muscle ciliaire. D'après eux, si la migraine débute dès huit ou quinze ans et finit après la cinquantaine, c'est que c'est l'âge des travaux intellectuels, de la fatigue oculaire. Séguin dit avoir obtenu d'excellents résultats en corrigeant les troubles oculaires par des verres appropriés, en diminuant les efforts d'accommodation par l'emploi des mydriatiques, sans oublier le traitement général de l'état arthritique.

Le même auteur recommande comme un remède de premier ordre l'*extrait solide de chanvre indien* à la dose de 3 pilules par jour, de un centigramme, en augmentant progressivement jusqu'à 15 centigrammes, chez l'homme.

I. — Dans le domaine prophylactique, nous indiquerons encore les *pilules de Debout* que nous avons bien souvent entendu vanter au professeur Potain :

On donne tous les soirs, pendant plusieurs mois, une des pilules suivantes :

℞ Sulfate de quinine	3 grammes.
Poudre de digitale	1gr,50
Sirop de sucre	Q. S.

Diviser en 30 pilules.

K. — Chez les arthritiques et les goutteux j'ai obtenu des effets très heureux par la médication suivante :

Régime sévère déjà formulé, dépourvu d'aliments indigestes,

et azotés le soir, — surtout végétarien. Comme boisson : de l'eau, ou une boisson chaude aromatisée comme le thé faible.

Tous les soirs une des pilules suivantes, avant le dîner ou trois heures après, avec un verre d'eau de *Vichy* ou 2 grammes de *bicarbonate de soude* délayé dans un verre d'eau :

℞ Valérianate de quinine	1 gramme.
Extrait de colchique	0gr,20 à 0gr,45
Extrait de digitale	0gr,20
Aconit	0gr,10

pour 10 pilules.

Cette formule se rapproche beaucoup de celle de Trousseau qui la vantait avec raison dans le traitement des manifestations goutteuses, et que j'ai préconisée dans le chapitre de cet ouvrage : Phlébite goutteuse.

Quel est le médicament qui agit plus spécialement : est-ce la *quinine*, est-ce le *colchique* ? Nous sommes d'avis, avec Lecorché, que la migraine et les céphalées goutteuses sont peu influencées par la quinine, tandis que le colchique les atténue souvent et les guérit quelquefois.

Mais l'expérience prouve que le mélange de ces diverses substances possède une action que le colchique seul ne saurait revendiquer pour la migraine.

L. — Le *migraineux neurasthénique* trouvera le plus grand bénéfice dans l'usage des phosphates ou des glycéro-phosphates en l'alternant avec l'*arsenic*, sous forme de liqueur de Pearson ou de Fowler à la dose de VI à XII gouttes par jour.

Glatz recommande la formule suivante :

℞ Bisulfate de quinine	1 gramme.
Nitrate de strychnine	0gr,02
Acide phosphorique	4 grammes.
Pyrophosphate de fer	1 —
Hypophosphite de chaux	ãã 1 —
— de manganèse	
Teinture de kola	20 —
Sirop simple	300 —

F. s. a. sirop.

A prendre deux fois par jour, une cuillerée à café après les repas dans un demi-verre d'eau.

Chez les *névropathes*, on trouve de puissants auxiliaires thérapeutiques dans l'hydrothérapie, l'électrothérapie, le massage et la psychothérapie.

M. — *Hydrothérapie.* — Les hydropathes reconnaissent aujourd'hui que ce mode de thérapeutique doit être en quelque sorte individualisé.

Les indications varieront suivant que le malade est un excité ou un déprimé. On ne devra confier un sujet à la balnéothérapie qu'après l'avoir étudié avec soin, et avoir transmis personnellement tous les renseignements indispensables au confrère chargé d'assurer le traitement. On évitera de le mettre entre les mains d'empiriques ou d'ignorants, débitants d'eau froide ou d'eau chaude qui exaspèrent souvent la maladie, et compromettent ainsi une méthode précieuse entre toutes.

N. — *Massage.* — Les indications en ont été bien posées par Weir-Mitchell dans son travail sur la neurasthénie. Il convient à tous les dyspeptiques neurasthéniques, en particulier à ceux qui sont atteints d'atonie avec dilatation gastrique et parésie intestinale. Czéri recommande de pratiquer le massage local, non pas à jeun, mais deux ou trois heures après le repas. Glatz a vu disparaître des migraines par une simple cure de frictions légères consistant en quelques effleurements de l'estomac. Metzger recommande cette pratique trois fois par jour, pendant cinq minutes seulement.

On obtient ainsi une sédation remarquable, soit par suggestion, soit par une action calmante sur le grand sympathique. Le même effet sédatif s'obtient, suivant nous, par une irrigation de la région épigastrique au moyen d'une grosse éponge trempée dans l'eau à 45° ou 50° et exprimée à 20 centimètres environ au-dessus de la région xyphoïdienne. Le sujet pourra se mettre sur un grand bidet rempli d'eau chaude.

Glatz résume sa règle hydrothérapique par la formule suivante : *Calmer avant de fortifier et n'employer l'hydrothérapie que si les forces du malade le permettent.*

O. — L'*électrothérapie* sera, suivant les cas, la *galvanisation*

avec larges électrodes, de la région stomacale et du grand sympathique, et la *franklinisation* remise en honneur par l'école de la Salpêtrière. On pourra recourir également, chez les migraineux arthritiques goutteux à nutrition retardée, aux *courants à haute tension et haute fréquence* de d'Arsonval.

Benedickt recommande le *courant faradique* dans les cas de spasmes vasculaires, et principalement dans la migraine. Dans ces cas, la *faradisation de la moelle allongée* peut même couper la crise plus efficacement que le nitrite d'amyle.

Möbius conteste la valeur de l'intervention électrothérapique dans les diverses formes de migraine, et dit n'en avoir personnellement obtenu aucun bénéfice.

P. — La *psychothérapie* est un adjuvant puissant de toute cette méthode thérapeutique. Nous ne recommanderons que la méthode par suggestion sans hypnose.

Q. — Les *stations thermales* qu'on recommandera aux migraineux seront, suivant les indications, *Pougues*, *Vittel*, *Contrexéville*, *Tarasp* en Suisse, et chez les arthritiques à manifestations hépatiques, *Vichy* et *Carlsbad*.

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT DE L'ACROMÉGALIE

(Maladie de P. Marie)

PAR

G. SARDA,

Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

I

Considérations générales.

A. — Décrite par Marie en 1885, l'*acromégalie* était jusque-là confondue avec d'autres maladies (myxœdème, gigantisme, maladie de Paget, etc.). A la définition de P. Marie : *hypertrophie singulière, non congénitale, des extrémités supérieures, inférieures et céphalique*, il est bon d'ajouter : *et de toutes les extrémités* ; car, comme le font remarquer Rauzier, Brissaud, et d'autres auteurs, l'acromégalie se peut aussi localiser à la verge, au thymus, en un mot, à toutes les extrémités.

Voici succinctement l'énoncé des symptômes de cette nouvelle maladie :

Ils consistent essentiellement en *déformations. A la face*, front bas, yeux gros, paupières longues ; nez fortement augmenté de volume ; pommettes saillantes ; lèvre inférieure grossie et pendante ; langue large, épaisse ; saillie du maxillaire inférieur ; oreilles plus volumineuses (facies acromégalique). *Aux membres supérieurs*, mains en battoir ; doigts en saucisse, saillie des éminences thénar et hypothénar (main capitonnée). *Aux membres inférieurs*, orteils et plante, talon et

parfois malléoles augmentés de volume. Enfin, le *cou* est gros et court, le tronc présente une déviation de la colonne vertébrale (cyphose cervicale inférieure et dorsale supérieure) ; le thorax est épaissi d'avant en arrière, le sternum projeté en avant (aspect de polichinelle).

Les phénomènes subjectifs ont peu d'importance. Ce sont : la céphalée, des douleurs erratiques, de l'impressionnabilité au froid, des troubles oculaires (amblyopie, hémianopsie bitemporale ou unilatérale).

Enfin, en même temps que la verge est hypertrophiée, la puissance génitale faiblit ou disparaît. Chez la femme, l'aménorrhée est la règle.

Terminons cette rapide revue en signalant des troubles de la phonation, l'hypertrophie du cœur, la dilatation des veines, et surtout la *diminution de volume du corps thyroïde*.

B. — Les *causes* de l'*acromégalie* sont absolument inconnues. L'indication étiologique manque donc totalement. C'est à l'anatomie pathologique que doit par conséquent être demandée la nature de la maladie. Malheureusement, nous sommes bien peu avancés de ce côté. Je passe, comme ne présentant aucun intérêt au point de vue thérapeutique, les altérations osseuses et tégumentaires, les lésions vasculaires, la sclérose interstitielle du ganglion cervical inférieur et du nerf optique, des amygdales et de la rate ; l'atrophie avec dégénérescence glandulaire du foie ; la sclérose diffuse des substances médullaire et corticale du rein.

Une lésion constante dans toutes les autopsies d'acromégalie, c'est l'*hypertrophie du corps pituitaire*[1], dont le volume peut atteindre la grosseur d'un œuf de pigeon ou d'une pomme d'api. C'est ce qui explique la *neuro-rétinite*, l'*amaurose*, l'*hémiopie*, l'*exophtalmie* et les *douleurs intra-oculaires*. « Sa surface, dit P. Blocq[2], est irrégulière, hérissée de petits nodules ; sa consistance inégale, ferme par endroits, friable en d'autres. Sur des coupes pratiquées après durcissement, l'hypophyse

1. Souza-Leite. — *Thèse de Paris*, 1890.
2. P. Blocq. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, janvier 1894.

présente les modifications suivantes : Son enveloppe est épaissie par la formation d'un tissu fibreux, qui envoie dans la profondeur de la glande des lamelles circonscrivant des espaces où l'on retrouve, comme normalement, les formations glandulaires. Mais celles-ci, si elles rappellent, par leur structure générale, l'aspect des alvéoles glandulaires, en diffèrent notablement néanmoins ; car on n'y retrouve plus les cellules normales caractéristiques. A leur place, et remplissant les mailles formées par la disposition imbriquée des lamelles fibreuses sus-indiquées et des vaisseaux, on voit de nombreuses cellules variables d'aspect et de forme. Un grand nombre de ces éléments sont nécrosés, d'autres ont des noyaux bourgeonnants (mégacaryocytes). En somme, l'hypophyse a perdu, complètement ou non, selon le degré de la lésion, sa structure normale glandulaire et s'est transformée en une sorte d'organe lymphoïde. Il semble que l'évolution de ce processus reconnaisse les phases suivantes : d'abord, hyperplasie simple des éléments constituants, tissu conjonctif et cellules, ensuite dégénération du parenchyme seul, aboutissant à la nécrose et à la liquéfaction, enfin, substitution aux parties détruites d'un tissu nouveau de nature *adénoïde*, dont l'apparition a peut-être précédé la mort du tissu parenchymateux et y a contribué. »

Parallèlement à la lésion du corps pituitaire, on a généralement rencontré l'*atrophie* du *corps thyroïde*, atrophie portant sur tous les lobes de la glande. « Histologiquement, sa charpente conjonctive est devenue plus épaisse ; les éléments glandulaires montrent par places, tantôt de l'atrophie, tantôt de l'hypertrophie. Leur cavité est alors occupée, ou par de la substance hyaline ou colloïde, ou par des cristaux, dont certains au moins paraissent provenir du sang (Marie et Marinesco). Il existe, en somme, un processus hypertrophique pour certains follicules, atrophique pour d'autres ; ce qui peut expliquer les variations de volume du corps thyroïde notées en clinique. Claus et Van der Stricht ont décrit, de plus, des formations lymphoïdes, disséminées dans la charpente fibreuse, et ana-

logues au tissu nouvellement formé qu'ils ont vu dans le corps pituitaire[1]. »

Notons, pour terminer, la persistance ou plutôt la reviviscence habituelle du thymus (P. Marie).

En somme, les lésions sont multiples, et, bien qu'elles affectent une allure univoque, leur constatation prête à de nombreuses interprétations pathogéniques.

C. — Klebs, se basant sur l'existence du *thymus*, fait de l'acromégalie une *angiomatose thymique*. Le thymus fabriquerait des germes angioblastes qui joueraient dans les vaisseaux le rôle de cellules vaso-formatives ; d'où la vascularisation plus grande et un accroissement de volume des extrémités, où le cours du sang est ralenti. Mais la pathologie et la physiologie expérimentale n'ont pas encore élucidé le rôle du thymus ; l'hypertrophie du thymus se rencontre en dehors de l'acromégalie, en particulier après l'extirpation de la thyroïde ; la vascularisation exagérée des extrémités n'est pas la caractéristique de l'acromégalie, et on la rencontre dans d'autres cas d'hypertrophie des membres ; enfin l'hypertrophie des muscles est loin d'être un caractère saillant de l'acromégalie. Toutes ces raisons détruisent la théorie de Klebs.

Pour Freund et Verstræten, il s'agirait d'une inversion dans l'évolution de la vie génitale. « Chez un certain nombre d'individus, dit Freund, le mode ordinaire de développement est troublé ; ou bien il demeure en arrière de la norme, ou bien au contraire il dépasse cette norme dans le temps et dans l'espace ; les malformations qui en résultent marchent de concert avec les troubles du développement de la puberté et aussi, plus tard, des fonctions génitales. » L'acromégalie se placerait ainsi à côté du gigantisme, à l'opposé du nanisme et de l'infantilisme. A vrai dire, cette théorie est une ingénieuse fiction. L'acromégalie se caractérise par de vraies lésions pathologiques et non par des troubles d'évolution ; les troubles génitaux ne sont pas constants ; enfin, la maladie évolue souvent dans l'âge

1. P. Blocq. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, janvier 1894.

adulte sans être précédée de troubles génitaux, qui, lorsqu'ils se montrent, n'occupent pas le premier rang chronologique.

Recklinghausen et Holschewnikow font résulter les symptômes de l'acromégalie d'altérations du système nerveux central et périphérique. Or, l'hérédité nerveuse est le plus souvent absente ou douteuse; les altérations du système nerveux central sont peu importantes, et celles des nerfs périphériques sont secondaires. Du reste, les auteurs ont basé leur théorie sur un cas de syringomyélie.

Vient enfin la théorie de P. Marie, d'après laquelle l'acromégalie serait « une sorte de *dystrophie systématique*, dont la place en nosologie serait assez symétrique de celle du myxœdème, et qui affecterait avec un organe encore inconnu de la fonction trophique (corps pituitaire???) des relations analogues à celles qui lient le myxœdème et la cachexie strumiprive à certaines lésions ou à l'ablation du corps thyroïde ».

A première vue, cette théorie paraît reposer sur des faits précis. D'abord, l'hypertrophie de la pituitaire est constante; et l'ablation de la glande thyroïde provoque, comme la chose a été démontrée par Rogowitsch et Stieda et par Hofmeister (Voir l'article Myxœdème) l'hypertrophie de l'hypophyse. Il y a donc une espèce de suppléance entre les deux glandes, dont le rôle, d'après Rogowitsch, consisterait à détruire des substances toxiques pour le système nerveux central. « Si cette hypothèse était exacte, disent Marie et Marinesco, la pathogénie de cette intéressante maladie serait en voie d'être élucidée. En effet, on pourrait admettre que l'accumulation de ces substances dans les extrémités, en raison d'une prédisposition spéciale, produirait une irritation continuelle dont l'équivalent serait cette hyperplasie du tissu osseux et des autres espèces du tissu conjonctif. »

Cette *séduisante* hypothèse d'auto-intoxication, que Marie et Marinesco déclarent « privée de tout fondement solide », soulève plusieurs objections que voici : La science possède quelques observations de tumeurs de la pituitaire ou de destruction de cet organe qui n'avaient pas donné lieu aux symptômes habituels de l'acromégalie. Les expériences de Mari-

nesco, de Vassale et Sacchi ont montré que l'ablation de la pituitaire chez les animaux détermine la cachexie et la mort sans provoquer les troubles caractéristiques de l'acromégalie. Enfin, il n'est pas certain que la pituitaire et la thyroïde détruisent des substances toxiques. Il paraît, au contraire, probable que la thyroïde sécrète des substances utiles au bon fonctionnement de l'organisme. Cela paraît tout au moins résulter des bons résultats qui ont suivi la médication thyroïdienne, résultats qui sont inexplicables si l'on admet la théorie opposée. La tachycardie, la polyurie, et d'autres symptômes qui surviennent au cours d'un traitement thyroïdien *largâ manu*, concordent avec l'idée de produits sécrétés et non avec celle de produits nuisibles détruits.

Ces considérations nous amènent à limiter le rôle de la pituitaire, et à admettre que d'autres glandes vasculaires sanguines jouent également un rôle dans l'acromégalie. Ne pourrait-on pas admettre, étant donnés la constance des rapports que nous avons vus exister entre la thyroïde et la pituitaire, le contre-coup que les lésions de l'une exercent sur l'intégrité anatomique de l'autre, la rapidité plus grande des accidents et la survie plus courte lorsque les deux organes sont enlevés simultanément, qu'il y a des analogies de fonction entre le corps pituitaire et le corps thyroïde, comme entre celui-ci et les glandes parathyroïdiennes ? Dans cette hypothèse, l'acromégalie résulterait d'un défaut de fonctionnement de l'une ou de plusieurs de ces glandes. Et la médication pathogénique serait alors trouvée, puisqu'elle ne différerait pas de celle du myxœdème. Nous donnons cette théorie à titre de nouveauté, nous réservant d'en vérifier plus tard la valeur.

II

Traitement.

Du reste, empiriquement, cette théorie a déjà reçu un commencement de sanction. La *médication thyroïdienne* a été

appliquée en Allemagne, où elle paraît, d'après Ewald, avoir donné des résultats assez satisfaisants. C'est à elle que nous aurions recours le cas échéant (Voir Myxœdème).

En dehors de cette médication pathogénique, tout se borne à des indications symptomatiques.

Contre la céphalée, on donnera les *opiacés*, l'*antipyrine*, le *valérianate de caféine*, etc. Les douleurs diverses dont se plaignent les acromégaliques seront calmées par les analgésiques (antipyrine, *acétanilide*, *exalgine*, *salicylate de soude*). L'insomnie sera combattue par le *sulfonal*, la *chloralose*, etc.

Une indication symptomatique fort importante est celle qui ressort des *troubles de la nutrition*, troubles dont la nature est insuffisamment connue. Pour la remplir, on a eu recours à de nombreux moyens : *iodures*, *ferrugineux*, *argent*, *huile de foie de morue*, *arsenic*. Ce dernier, préconisé par Verstrœten, a été adopté par Campbell, qui l'administre sous forme de liqueur de Fowler, aux doses quotidiennes de quinze gouttes à deux grammes. Il est bon d'augmenter progressivement les doses et de surveiller les phénomènes d'intolérance gastro-intestinale. On pourra utiliser les préparations auriques, en particulier le *chlorure d'or et de sodium*, administré sous forme de pastilles de chocolat, à doses croissantes et selon le mode adopté par Combal. Ce mode consiste à diviser dix centigrammes de chlorure d'or et de sodium en un nombre de pastilles qui varie de vingt à dix, et même cinq. Le malade en prend seulement une par jour. La dose journalière du médicament varie donc d'un demi-centigramme à deux centigrammes. On peut donner trois centigrammes, dose qu'il est prudent de ne pas dépasser.

Chrestien administrait ce médicament sous forme de pilules contenant chacune quatre milligrammes de sel. Il en prescrivait de une à quinze par jour.

Contrairement à l'opinion de Chrestien, il n'est pas nécessaire, pour recourir aux préparations auriques, de s'assurer de l'existence d'une syphilis antérieure héréditaire ou acquise. Nous avons vu réussir ce médicament dans les cas où le ma-

lade était indubitablement indemne de toute tare spécifique.

La *dépression nerveuse* sera combattue par les divers toniques. Brissaud a obtenu des résultats encourageants par l'*hydrothérapie* associée au traitement *ferrugineux*. C'est une excellente pratique. Les douches, les affusions froides, le drap mouillé, stimulent avantageusement les malades. De plus, ces pratiques s'adressent à la *circulation périphérique*. Or, celle-ci peut être avantageusement modifiée par tous les médicaments qui excitent les vaso-moteurs, *ergot* et *ergotine*, *caféine*.

Enfin, les troubles que l'on observe fréquemment du côté de la fonction cataméniale seront combattus par les *emménagogues* habituels ; la faiblesse génésique le sera par les préparations de *phosphore* et de *noix vomique*, qui combattront également la parésie des nerfs périphériques et de la moelle.

Ces nombreux moyens ne parviendront, le plus souvent, qu'à modérer l'intensité d'un symptôme. Il est douteux que leur emploi soit suivi de guérison. Tout au plus obtiendra-t-on des trèves dans la marche de la maladie. C'est à rechercher l'indication pathogénique que se résume le problème thérapeutique. Espérons que la pathologie expérimentale ne tardera pas à la trouver, et que la thérapeutique des tissus fera pour l'acromégalie ce qu'elle a fait pour le myxœdème

CHAPITRE XIV

TRAITEMENT DES POLYNÉVRITES

PAR

P. MARIE,

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hospice de Bicêtre.

I

Considérations générales.

Les *polynévrites*, appelées aussi *névrites périphériques*, *névrites multiples*, constituent, au point de vue anatomo-pathologique, et même au point de vue étiologique et au point de vue clinique, un groupe d'affections assez analogues, mais non toujours identiques. La caractéristique de ce groupe est d'ordre anatomo-pathologique et consiste en ce fait que les lésions des nerfs périphériques sont très prononcées, tandis que dans la moelle il ne semble exister aucune altération notable, du moins avec l'emploi du carmin ou des procédés spécialement destinés à la coloration des fibres nerveuses.

L'existence des névrites périphériques a été plus ou moins entrevue par différents auteurs (Graves, Landry, Charcot et Vulpian, 1862), elle a été nettement affirmée par Duménil, en 1864. — Jaccoud, Lancereaux, Charcot et Gombault, Eichhorst, Eisenlohr, Westphal, Pierret, etc..., en ont de 1867 à 1879 publié un certain nombre de cas. — En 1879, Joffroy décrivait une *névrite parenchymateuse* comprenant la névrite *a frigore*, la névrite saturnine, la névrite infectieuse. Puis

Gros (de Lyon), Leyden, M. et Mme Dejerine, Pitres et Vaillard, Gombault précisaient et étendaient nos connaissances sur ce groupe morbide.

Les causes par excellence des polynévrites sont les *infections* et les *intoxications*. Parmi les polynévrites infectieuses on peut citer surtout celles de la diphtérie, — la tuberculose pulmonaire, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la pleurésie, la grippe, celles de diverses angines, de la puerpéralité, de l'impaludisme, du beriberi, de la lèpre.

Quant aux polynévrites d'origine toxique, les plus fréquentes sont celles du plomb, de l'alcool, de l'arsenic, de l'oxyde de carbone; Œttinger a fait de la névrite périphérique des alcooliques une étude remarquable. — C'est probablement aux polynévrites toxiques qu'il faut rattacher par le mécanisme de l'auto-intoxication les névrites constatées au cours du cancer, de la goutte, du rhumatisme chronique et de diverses cachexies.

On a encore signalé des névrites multiples dans diverses affections du système nerveux central, surtout dans le tabes et la paralysie générale.

Les opinions les plus diverses ont eu cours sur la nature des polynévrites. Un certain nombre d'auteurs, ayant dans la technique qu'ils employaient pour leurs examens microscopiques une confiance absolue, constatant par ces examens l'intégrité de la moelle et au contraire des lésions manifestes des nerfs périphériques, soutenaient que ceux-ci seuls étaient affectés, que c'était uniquement à eux que se localisait le processus morbide (Duménil, Leyden, Dejerine, Pitres et Vaillard, etc...).

D'autres auteurs moins confiants dans les résultats fournis par une technique qu'ils jugeaient encore imparfaite se défendaient d'admettre une opinion aussi radicale, et étaient d'avis que les centres nerveux participaient au processus morbide dans une proportion plus ou moins importante.

Les plus récentes recherches semblent donner raison aux auteurs qui soutenaient cette dernière opinion. Notamment,

les recherches faites au moyen de la coloration de Nissl, spécialement appropriée à l'étude des altérations des cellules nerveuses, ont montré que dans les polynévrites les cellules ganglionnaires de la substance grise médullaire présentent des altérations manifestes; les publications de Marinesco sur ce sujet peuvent être considérées comme tout à fait probantes.

Mais l'existence de lésions du système nerveux central étant admise dans les névrites périphériques, la difficulté d'interprétation n'en reste pas moins pendante ; pour les uns en effet, ces lésions centrales seraient primitives ou tout au moins contemporaines par rapport aux lésions périphériques, pour les autres elles seraient seulement secondaires aux altérations des nerfs, et tiendraient à une sorte de dégénération centrograde.

Les symptômes les plus ordinairement observés dans les névrites périphériques sont d'ordres divers : moteurs, sensitifs, vaso-moteurs et trophiques, psychiques.

Parmi les symptômes moteurs les plus saillants sont la paralysie et l'amyotrophie; ces troubles moteurs se manifestent surtout sur les extenseurs de la main et du pied et sur les petits muscles des extrémités ; les pieds et les mains sont « tombants », aussi la démarche de ces malades prend-elle le plus souvent un aspect caractéristique, ils « steppent », c'est-à-dire qu'au lieu de relever la pointe du pied avec les extenseurs de la jambe, ils lèvent la jambe tout entière, grâce à une flexion de la cuisse sur le bassin, et projettent le pied en avant. — Ces paralysies et ces amyotrophies sont le plus souvent régies par des lois spéciales qui font que parmi les muscles animés par un même nerf, les uns sont atteints, les autres respectés. Il en est ainsi notamment pour le long supinateur qui, comme on le sait, dans la paralysie saturnine, est respecté tandis que les muscles extenseurs du poignet et des doigts, innervés eux aussi par le nerf radial, sont paralysés.

Les sphincters restent ordinairement indemnes.

L'excitabilité électrique des muscles atteints présente des modalités variables; tantôt elle est à peine altérée, tantôt elle

présente, de la façon la plus nette, les caractères de la réaction de dégénération.

En outre des localisations habituelles qui viennent d'être indiquées, on observe quelquefois la paralysie des nerfs craniens (surtout facial et pneumogastrique). Les nerfs musculaires des yeux peuvent même dans quelques cas participer à la paralysie (surtout l'abducens et l'oculo-moteur commun).

Les troubles sensitifs consistent en douleurs plus ou moins intenses, plus ou moins persistantes, plus ou moins diffuses. L'hyperalgésie musculaire s'observe aussi assez fréquemment, ainsi que la douleur provoquée par la pression sur les troncs nerveux. Quelquefois aussi, mais un peu plus rarement, il existe des paresthésies ou de l'anesthésie ; celle-ci quand elle existe se montre le plus souvent dans les membres inférieurs. Ici encore, les territoires affectés ne correspondent pas ordinairement d'une façon exacte au trajet de tel ou tel tronc nerveux.

Les réflexes cutanés sont assez souvent diminués, les réflexes tendineux sont généralement abolis ou du moins diminués ; cette abolition est un phénomène à la fois précoce et durable, car il est un des derniers à rétrocéder.

Parmi les troubles vaso-moteurs et trophiques on peut citer l'œdème, surtout marqué aux membres inférieurs, la coloration rouge violacé des extrémités, l'abaissement de leur température.

Les troubles trophiques consistent surtout en troubles de nutrition de la peau et des ongles et en rétractions musculo-tendineuses des extrémités paralysées (surtout aux pieds).

Les troubles psychiques sont parfois assez marqués pour que certains auteurs (Korsakoff) aient cru devoir les décrire à part, sous le nom de « psychose polynévritique » et consistent en un mélange de dépression et d'excitabilité avec amnésie parfois très prononcée pouvant aboutir à une véritable démence.

Telle est, rapidement analysée, la série des principaux symptômes qui peuvent s'observer dans les polynévrites ; mais il

ne s'ensuit pas que l'aspect clinique de celles-ci soit toujours le même. Parfois, en effet, ce sont les troubles de la sensibilité qui dominent, parfois les troubles moteurs. Dans certains cas le début de l'affection est essentiellement aigu, dans d'autres cas il est très lent et la marche de l'affection prend un aspect essentiellement chronique. Ces différentes modalités de forme clinique et de marche de la maladie relèvent de causes fort diverses parmi lesquelles il convient de noter la nature même de la cause dont relève la polynévrite ; c'est ainsi, par exemple, qu'une névrite saturnine, une névrite alcoolique, une névrite diphtérique sont loin de se comporter d'une façon identique ; il faut aussi tenir compte du terrain, de la résistance plus ou moins grande que l'organisme du malade peut opposer à l'agent nocif, et de la facilité plus ou moins grande dont il témoigne au point de vue de la réparation des lésions.

II

Indications thérapeutiques.

D'après ce qui vient d'être dit, on comprendra qu'il est impossible, étant donnée la multiplicité de nature et de forme des polynévrites, d'indiquer d'une manière suffisamment précise le traitement qui peut convenir à chacune d'elles. Nous devons nous borner à quelques considérations générales sur la thérapeutique qui doit leur être appliquée. — Tout d'abord lorsque cela sera encore possible, comme dans beaucoup d'intoxications, il faudra soustraire le malade à la cause morbifique. On devra, en outre, chercher à neutraliser le plus possible l'action de celle-ci, même quand cette cause aura disparu ; si donc on a affaire à une intoxication, on donnera pendant un laps de temps suffisamment prolongé, les médicaments considérés comme des antidotes de cette intoxication (c'est ainsi que dans la névrite saturnine on prescrira l'*iodure de potassium*, les préparations *soufrées*, les *bains sulfureux*).

— Dans les névrites d'origine infectieuse on pourra instituer l'administration des *antiseptiques* internes.

On veillera également avec le plus grand soin sur l'état général du malade, qui, comme nous l'avons vu, exerce sur la rapidité et le degré de la réparation des lésions une influence des plus marquées ; une bonne alimentation, l'hydrothérapie, l'emploi des toniques du système nerveux aideront à remplir cette indication. Le repos au lit, du moins au début, doit être également recommandé et même exigé.

Quelques symptômes par leur intensité, par les désagréments qu'ils déterminent pour le malade, exigent souvent un traitement spécial. La douleur est un de ces symptômes ; il est difficile de dire *a priori* si tel ou tel des analgésiques en usage réussira de préférence à tel autre ; le mieux, comme dans la plupart des affections douloureuses, est de tâtonner, d'essayer les uns après les autres ces différents médicaments ; on ne devra recourir aux injections de *morphine* qu'à la dernière extrémité, car, lorsque leur emploi est un peu prolongé, il est rare qu'il ne soit pas nuisible, soit en diminuant la rapidité de la réparation, soit en provoquant la reprise des douleurs.

Contre la paralysie on aura recours à l'*électrothérapie* ; le mode d'application de celle-ci est d'ailleurs l'objet de certaines divergences entre les différents auteurs. Pour les uns, les courants galvaniques, pour les autres les courants faradiques seraient surtout recommandables. Il semble y avoir avantage à employer le premier de ces modes d'électrisation lorsqu'on est encore au voisinage du début de la paralysie, le second quand la paralysie est déjà ancienne.

Le traitement mécanique constitué par le *massage*, les mouvements passifs, la *gymnastique* méthodique rendra également de grands services tant au point de vue de la réparation des muscles qu'à celui de la restitution des mouvements. Dans quelques cas cependant, lorsque les polynévrites s'accompagnent de rétractions fibro-tendineuses, cette restitution ne sera plus possible spontanément ; il sera alors absolument

nécessaire d'intervenir *chirurgicalement* et de pratiquer soit des ténotomies, soit même quelquefois des résections osseuses pour permettre aux articulations de reprendre leur mobilité et restituer aux surfaces articulaires leurs rapports normaux.

Telles sont les principales indications du traitement des polynévrites considérées à un point de vue général. Mais il ne faudra pas oublier que celles-ci présentent une tendance spontanée à l'amélioration progressive et que même dans les cas où les symptômes sont très accentués il est de règle que les malades guérissent. Si donc on doit s'efforcer de hâter l'époque de la guérison, il faudra aussi se garder soigneusement d'entraver par une médication intempestive le processus réparateur.

CHAPITRE XV

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

(EN PARTICULIER FACIALE, SCIATIQUE, INTERCOSTALE)

PAR

L. BAUMEL,

Professeur agrégé, chargé du cours de clinique des maladies des enfants
à l'Université de Montpellier.

I

Considérations générales.

La névralgie est la *douleur localisée au trajet d'un nerf sensitif ou mixte*, occupant certains *points* de prédilection de ces nerfs (points *névralgiques* de Valleix) et présentant ceci de particulier que, tantôt *périodique*, tantôt *intermittente*, tantôt enfin simplement *rémittente*, elle a toujours des *exacerbations* ou *paroxysmes* dont le maximum d'intensité, sinon le siège exclusif, occupe les points précités, spéciaux à chaque nerf en particulier.

Malgré les récents progrès réalisés en neuropathologie nous devons avouer, avec Dujardin-Beaumetz, que nos connaissances sont, aujourd'hui encore, peu avancées sur l'anatomie pathologique des névralgies.

Nous serons donc réduits, comme cet auteur, à reconnaître :

1° Des névralgies par trouble fonctionnel ou anatomique du *système nerveux*, *central* ou *périphérique*.

2° Des névralgies par circulation trop active (N. *congestives*) ou au contraire insuffisante (N. *anémiques*).

3° Enfin des névralgies *diathésiques* (goutteuse, syphilitique, paludique, herpétique, etc.).

II

Indications thérapeutiques.

Le traitement des névralgies comprend deux sortes d'indications :

1° Les unes *générales*, applicables à toutes les névralgies, en ce sens qu'elles ne visent que l'élément *douleur*.

2° Les autres *spéciales*, au contraire, à tel ou tel genre de névralgies.

A. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Il n'a qu'un but, c'est de combattre l'élément douleur, c'est-à-dire le symptôme le plus pénible de la névralgie. Ce but peut être atteint de diverses façons :

1° Par les analgésiques.

L'*opium* et ses dérivés nous sont extrêmement utiles toutes les fois que nous avons à calmer une douleur quelconque. Reste à savoir quel est le meilleur moyen de les administrer et d'en tirer le plus grand profit possible dans les névralgies.

Quelle que soit la cause de la névralgie envisagée, la douleur sera le plus souvent atténuée ou supprimée par l'*extrait thébaïque* en pilules de $0^{gr},05$ (1, 2 ou 3 dans les 24 heures), par la *morphine* sous forme de sirop par exemple ($0^{gr},01$ par cuillerée à bouche ou par 20 grammes, une ou plusieurs fois dans la journée chez l'adulte), par le *laudanum* (de 15 à 20 gouttes dans les 24 heures).

La morphine n'est pas seulement employée de cette façon. On a recours aussi, toujours chez l'adulte, à des *injections*

hypodermiques de $0^{gr},01$, répétées deux fois dans les 24 heures.

Un des inconvénients sérieux de cette médication c'est d'épuiser rapidement ses effets, de nécessiter la répétition des doses employées, de se heurter à l'accoutumance et, par suite, de mettre dans l'obligation d'augmenter progressivement les doses, ce qui est le plus court chemin pour conduire à la morphinomanie. Beaucoup de morphinomanes ne le sont devenus que par suite de l'habitude qu'ils ont prise de calmer leurs névralgies avec de la morphine, dont ils ont dû augmenter progressivement les doses.

Personnellement nous demeurons convaincu que la morphine agit *localement* d'une façon plus énergique et par suite plus efficace que lorsqu'on lui demande une action générale, c'est-à-dire simplement sédative du système nerveux central, sans recourir à une action analgésique locale. Ceci est surtout facile à vérifier quand on se trouve en présence d'une névralgie de siège et de cause périphérique.

La *méthode endermique* d'application de la morphine est celle à laquelle nous accordons volontiers la préférence. Elle nous a toujours rendu les plus signalés services, principalement dans la sciatique, ainsi que nous le verrons plus loin.

On nous objectera, sans contredit, que la médication révulsive est associée par nous, dans l'espèce, à la médication analgésique. Nous le reconnaîtrons sans peine. Mais si l'on veut bien comparer les modiques effets de la première (telle du moins que nous l'appliquons) lorsqu'elle est employée seule, à ceux beaucoup plus efficaces de la seconde, associée à celle-ci, on n'hésitera pas un instant, croyons-nous, à reconnaître la prépondérance, en l'espèce, de la médication analgésique.

Après la morphine, l'*aconit* est l'un des plus puissants analgésiques (Dujardin-Beaumetz)[1].

Il est à remarquer que les préparations de feuilles, longtemps employées en France, n'ont eu que des effets douteux,

1. Dujardin-Beaumetz. — Les nouvelles médications, 2e édit. Paris, 1886. Nous empruntons à sa remarquable leçon sur les analgésiques les détails relatifs à l'*aconit*, au *gelsemium sempervirens* et au *piscidia erythrina*.

tandis que les préparations de racines, toujours prescrites en Angleterre, sont autrement actives.

Oulmont indiqua que les principes actifs eux-mêmes de l'aconit sont extrêmement variables, suivant l'origine et les parties utilisées de la plante, feuilles (faibles) ou racines (forts). Duquesnel retira des aconits un principe cristallisé défini, puis avec Laborde publia un travail dans lequel se trouve résolue toute la question relative aux aconits et aux aconitines[1].

Il existe quatre variétés françaises d'aconit : *Aconitum anthora*, *A. pirenaicum* à fleurs jaunes, *A. napellus* et *A. napellus montanum* à fleurs bleues, et un type asiatique (*A. ferox*).

On y trouve : 1° une aconitine cristallisée, 2° une aconitine amorphe insoluble, 3° une aconitine amorphe soluble (*napelline* de Duquesnel). De plus, dans les aconits asiatiques on trouve un alcaloïde cristallisé (pseudo-aconitine) et un alcaloïde amorphe (pseudo-aconitine amorphe).

Dujardin-Beaumetz a vu une solution au 1/50 de nitrate d'aconitine cristallisée dévier, suivant la provenance, toujours à gauche la lumière polarisée, mais dans un cas (Dauphiné) de 3°4, dans l'autre au contraire (Suisse) de 4°8. Il est donc utile, en prescrivant l'aconit ou l'aconitine, d'indiquer l'origine de la plante et les parties employées ou le nom de celui qui a extrait l'alcaloïde.

C'est surtout l'*alcoolature de racines d'aconit* des Vosges ou du Dauphiné qu'on prescrit en France.

Duquesnel préfère la teinture et l'extrait, $0^{gr},03$ à $0^{gr},04$ de celui-ci représentent 1 gramme de teinture.

L'*aconitine* se prescrit sous forme de nitrate et en granules de 1/4 de milligramme. On préfère généralement celle de Duquesnel.

La teinture et l'alcoolature pourront être administrées, suivant Dujardin-Beaumetz, à la dose de 10 à 20 gouttes, répétée trois ou quatre fois par jour ; l'extrait, à celle de $0^{gr},01$ une fois ou deux dans les vingt-quatre heures ; l'aconitine

1. Laborde et Duquesnel. — Des aconits et de l'aconitine, Paris, 1883, cités par Dujardin-Beaumetz.

à raison de 1/4 de milligramme toutes les six heures, jusqu'à effet produit.

Picotements de la langue, sensation de rétrécissement des divers orifices musculaires (bouche, yeux, nez), dilatation de la pupille, tels sont les premiers symptômes d'intoxication.

L'aconitine agit principalement sur le trijumeau. A son action analgésique plus spécialement limitée à ce nerf, s'ajoute une action vasculaire et décongestive incontestable.

Laborde et Daudin[1] nous ont appris que la napelline est moins active que l'aconitine.

D'après ces auteurs, ce principe est non seulement analgésique, mais hypnotique. Ils l'ont employé en injections hypodermiques à la dose de 0gr,05 par jour.

Je ne ferai que mentionner le *gelsemium sempervirens* (jasmin de Virginie) qui a dans certains cas donné lieu à des accidents toxiques très intenses et dont l'alcaloïde, la *gelsémine*, découverte par Fredigke, est encore peu connue.

Dujardin-Beaumetz employait la teinture de racines et de tiges qu'il faisait administrer « par gouttes à la dose de 10 gouttes toutes les deux heures ».

C'est, d'après Rouch, un poison du système nerveux moteur.

Je ne m'arrêterai pas davantage au *piscidia erythrina* dont les propriétés narcotiques et analgésiques sont surtout connues en France grâce à Landowski (1883).

C'est l'écorce de la racine que l'on emploie de préférence. On y a trouvé, d'après Carette : une résine, une substance térébenthineuse, une fécule, une ammoniaque composée, enfin un alcaloïde présent ou absent suivant la provenance.

Dujardin-Beaumetz conseille les formules suivantes :

℞ Extrait fluide de piscidia erythrina	15 grammes.
Sirop d'écorce d'oranges amères.	250 —

M. S. A.

à la dose de 3 à 4 cuillerées à bouche par jour.

Ou la teinture à la dose de 40 à 50 gouttes.

1. Laborde et Daudin. — De la napelline (*Soc. de biol.*, 1884), cités par Dujardin Beaumetz, *loc. cit.*, p. 179.

L'*antipyrine*, appelée aussi *analgésine*, possède à un haut degré des propriétés analgésiques[1].

On peut l'administrer en solution (on en masque le goût avec du sirop d'écorce d'oranges amères), surtout en cachets de $0^{gr},50$ à 1 gramme ou, enfin, en injections hypodermiques à la dose de $0^{gr},50$ pour 1 gramme d'eau.

Comme analgésique on doit en donner de 2 à 5 grammes par vingt-quatre heures, par doses de 1 gramme.

La *phénacétine* ou *phénidine* a été aussi employée avec succès dans le traitement des névralgies.

Lépine l'a utilement conseillée dans les sciatiques, les lumbagos, les migraines, la métrite et la périmétrite. On l'administre en cachets de $0^{gr},25$ à $0^{gr},50$. La dose maxima est de 2 grammes. La dose ordinaire, pour un adulte, est de $0^{gr},50$.

Nous devons comprendre enfin, parmi les analgésiques, l'*acétanilide*, qu'on administre en cachets, ou en solution dans du vin ou dans l'élixir de Garus, à la dose de $0^{gr},25$ à 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

2° Par les anesthésiques.

L'*éther*, le *chloroforme* ont été longtemps employés soit en pulvérisations, soit en liniments, contre les névralgies. On y a aujourd'hui presque entièrement renoncé, du moins sous cette forme.

En raison de leur facile évaporation, ces agents ne peuvent avoir qu'une action bien passagère et bien fugace. Ils semblent même n'agir que par la réfrigération produite par leur évaporation même, à moins que les vapeurs de ces substances ne soient inhalées par le malade, ce qui d'abord n'est pas le but qu'on se propose et ce qui, d'ailleurs, impliquerait une interprétation toute différente.

On a conservé toutefois, en particulier pour la sciatique, les *injections profondes de chloroforme* que l'on fait en enfon-

1. Voir Bocquillon-Limousin. — Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, Paris, 4e édit., 1893, p. 26.

çant perpendiculairement à la surface cutanée, l'aiguille de la seringue de Pravaz.

On attache, de nos jours, beaucoup plus d'importance à un moyen préconisé par Debove et qui consiste à pulvériser à l'aide d'un appareil spécial du *chlorure de méthyle* sur le point douloureux, principalement dans la névralgie sciatique. Un des inconvénients de ce procédé consiste à produire une réfrigération parfois trop intense, ce qui a pour effet presque immédiat de déterminer des altérations cutanées parfois assez importantes.

On remédie jusqu'à un certain point à ces inconvénients par l'adoption du *stypage* imaginé par Bally de Chamblay et qui consiste en l'application *loco dolenti* de tampons spéciaux recouverts de soie et imbibés de chlorure de méthyle dont on peut varier les effets par la variation même du temps d'application qui oscille entre une et cinq secondes au plus[1].

3° Par les révulsifs.

Nombreux sont les moyens appartenant à ce groupe. Nous signalerons simplement les *sinapismes*, les *moxas* et surtout le *vésicatoire*. Mais le *thermocautère* (Paquelin) et la *galvanocaustie* peuvent parfaitement agir dans le même sens. Il en est de même des *ventouses* sèches ou scarifiées.

C'est ici que doivent prendre place, ne serait-ce que pour mémoire, l'*acupuncture* et l'appareil de Braunscheidt, enfin l'*aquapuncture*, moyens aujourd'hui complètement abandonnés.

4° Par l'électricité.

Une mention toute spéciale doit être accordée à l'électricité. On a longtemps discuté sur la question de savoir si l'on devait recourir aux courants interrompus ou, au contraire, aux courants continus. Ce sont ces derniers qui, dans les névralgies, ont obtenu la préférence des thérapeutes. Il en est de même

1. Manquat. — Traité élémentaire de thérapeutique, 2e édit. Paris, 1895, t. II, p. 330

du pôle positif qu'ils ont qualifié de pôle *sédatif* et que, pour cette raison, on a de beaucoup préféré dans le traitement des névralgies. On l'applique au siège même de la douleur.

L'électricité statique elle-même et surtout le souffle électrique, mais aussi les étincelles (franklinisation) peuvent rendre de grands services dans certains cas. Notre excellent collègue et ami M. Lecercle cite, à ce sujet, des faits des plus intéressants et des plus démonstratifs[1].

5° Par l'hydrothérapie.

L'hydrothérapie, en particulier la douche froide et la douche écossaise, a été employée avec succès contre des névralgies de nature neurasthénique, ou même rhumatismale.

B. — INDICATIONS SPÉCIALES.

L'*aconit* paraît surtout efficace dans les névralgies *congestives*. Son action contro-stimulante semble lui donner cette propriété, toujours plus marquée, par suite, aux névralgies faciales.

L'*aconitine*, à la dose de 1/4 de milligramme, jouit d'une action encore plus efficace si c'est possible.

Le *salicylate de soude* est plus particulièrement indiqué dans les névralgies rhumatismales.

Le *fer* rend les plus signalés services dans les névralgies des anémiques et des chlorotiques. C'est surtout la névralgie intercostale qui est le type le plus parfait de ces névralgies.

Régularité et longue durée dans le traitement, alimentation réparatrice, telles sont les règles dont on ne doit jamais se départir en pareil cas et qui constituent la condition *sine qua non* du succès thérapeutique.

Quand une personne, du sexe féminin le plus souvent et anémique, souffre de névralgie faciale, il importe de s'assurer que celle-ci n'est pas plutôt la cause que la conséquence de l'anémie.

Elle est due le plus souvent en effet à la carie dentaire, dont

1. LECERCLE. — Traité élémentaire d'électricité médicale, 1893, 1re partie, p. 109, et 2e partie, p. 214 et suiv.

le traitement guérit d'abord la névralgie et fait ensuite disparaître l'anémie, en favorisant la mastication et consécutivement la nutrition.

Les névralgies syphilitiques sont rigoureusement justiciables du traitement spécifique (*onguent napolitain* en frictions, *iodure de potassium*, *liqueur de van Swieten*, *sirop de Boutigny*).

Nous avons pu par ces divers moyens enrayer, chez un même sujet, des névralgies plantaires rebelles et une névralgie très pénible et très tenace du nerf maxillaire supérieur.

Dans la névralgie intermittente, d'origine maremmatique (fièvre larvée) et le plus souvent sus-orbitaire, le *sulfate de quinine* seul est susceptible d'amener la guérison. On l'administre comme dans la fièvre intermittente elle-même 1 gramme, 6 heures avant l'accès, répété 2 ou 3 jours de suite, puis l'on observe trois semaines paroxystiques[1]).

C. — MOYENS EMPIRIQUES.

Il est certains moyens thérapeutiques d'ordre médical, dont l'action efficace ne nous est pas encore bien connue, quant à son *modus agendi*, dans certains cas de névralgie; tels sont : la *térébenthine*, les *injections* irritantes sous-cutanées de *nitrate d'argent*, le *guarana*, etc., etc.

Ces divers moyens ont, dans maintes circonstances, rendu de très grands services aux malades et aux praticiens.

C'est à ce titre que nous avons cru devoir les signaler.

Quand surtout on se trouve en présence d'une névralgie rebelle aux moyens ci-dessus indiqués, on a parfaitement le droit, nous dirons *même le devoir*, de recourir à ceux-ci.

D. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Enfin, lorsque tous les moyens, rationnels ou empiriques précités, ont échoué, il reste encore une ressource, je veux

1. L. Baumel. — Fièvre intermittente, in *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*, Paris, 1893.

parler du *traitement chirurgical*, c'est-à-dire de la névrotomie, de la névrectomie et de l'élongation nerveuse.

La *névrotomie* n'est autre chose que la section du nerf douloureux. Ce moyen donne des résultats médiocres, soit que la section soit pratiquée au-dessous du point plus particulièrement intéressé, soit que la régénération rapide du nerf vienne subitement en démontrer l'inanité.

La *névrectomie* consiste à sectionner le nerf en deux points plus ou moins éloignés et à enlever la partie comprise entre les deux sections.

Ce procédé est généralement plus efficace que le précédent. Il est surtout applicable aux névralgies faciales.

Reste, enfin, l'*élongation* dont est souvent justiciable la névralgie sciatique. Elle consiste en la mise à nu du tronc nerveux sur une étendue de 5 à 10 centimètres. Une fois dénudé, le nerf est saisi et fortement tiraillé.

Dans des sciatiques chroniques, on a pu obtenir ainsi une amélioration ou une guérison que n'avait pu amener aucun autre traitement. Ce sont ces cas qui ont fait penser à une altération ayant probablement pour siège l'origine médullaire elle-même du nerf, opinion que semble justifier l'efficacité plus grande, dans certains cas, de tiraillements assez énergiques, opposée ou du moins comparée à l'inefficacité résultant de tiraillements modérés.

III

Indications tirés du siège de la névralgie.

Il est incontestable que toute névralgie offre, suivant son siège, et en dehors des indications générales ou spéciales précédemment exposées, des indications propres tirées de ce siège même.

A. — NÉVRALGIE FACIALE.

1° C'est ainsi que la névralgie faciale, tributaire le plus

souvent de la *carie dentaire*, nécessite avant tout le traitement de celle-ci.

On devra généralement s'adresser au dentiste pour les diverses opérations (raclage, cautérisation, plombage, extirpation) qu'elle peut exiger.

Comme traitement médical, on pourrait recourir à la mixture suivante :

℞ Créosote ..... } āā p. é.
Chloroforme ..... }
Laudanum ..... }

M. S. A.

dont on imbibe des tampons de coton que l'on introduit, à plusieurs reprises dans la journée, dans les trous faits par la carie dentaire, après avoir au préalable débarrassé ces derniers des particules alimentaires qui les encombrent.

Nous avons dit plus haut comment il convient de traiter la névralgie faciale de nature syphilitique ou paludéenne.

Nous mentionnerons simplement ici la névralgie faciale si commune dans l'enfance et liée soit à l'évolution dentaire elle-même, soit à la carie des vingt dents de lait qui précède leur remplacement, soit enfin à la carie même des dents définitives.

Tout en laissant de côté l'élément carie, justiciable du traitement sus-indiqué, je mentionnerai simplement l'utilité des préparations de *phosphate de chaux* dans la névralgie faciale liée à l'évolution dentaire normale ou retardée comme chez les rachitiques.

2° La *migraine* peut, avec juste raison, être considérée comme une névralgie faciale.

Elle paraît avoir des connexions très intimes avec l'état de l'estomac ou de l'intestin (dilatation, dyspepsie, constipation) comme aussi avec la nature des aliments ingérés et de digestion difficile (crudités, beurre, corps gras, substances acides) ou des boissons absorbées (alcool, vinaigre). Un état cérébral particulier (veilles, surmenage intellectuel, colères, préoccupations) est aussi capable de lui donner naissance.

Nous accorderons une mention spéciale au froid dans l'étio-

logie de la migraine, mais sans préjudice aucun pour le rôle important que semblent jouer les substances, volatiles ou autres, susceptibles de s'éliminer par les glandes cutanées (épices, poivre, etc.).

Nous avons vu, en effet, la migraine être précédée ou accompagnée d'une éruption cutanée discrète, constituée par des papules douloureuses qui deviennent très rapidement vésicules ou pustules et qui, siégeant de préférence au cuir chevelu, mais aussi à la face, nous paraissent résulter de l'élimination par ces points des substances ci-dessus indiquées.

Nous préférons de beaucoup cette interprétation à celle qui aurait pour but de les considérer comme des troubles trophiques ou critiques, jusqu'à un certain point analogues à la crise de larmes, unilatérale d'ordinaire, qui termine si souvent la scène dans la névralgie faciale.

Lorsque la goutte paraît être la cause principale de la névralgie faciale ou de la migraine, on doit interdire l'usage de l'alcool ; on conseillera de ne pas boire même du vin pur. Le régime alimentaire devra être mixte, c'est-à-dire moitié maigre et moitié gras, et plutôt maigre ou végétal que gras ou animal.

Les viandes blanches devront être préférées aux rouges et, *a fortiori*, aux noires. Les œufs, le lait seront parfaitement indiqués. On devra éviter, dans tous les cas, la vie sédentaire, les veilles et les lectures ou travaux délicats prolongés.

B. — NÉVRALGIE INTERCOSTALE.

La névralgie intercostale, le plus communément observée chez les anémiques ou les chlorotiques, est très souvent liée, chez la femme, à l'existence de troubles génitaux (leucorrhée, métrorragie, ménorragie) dont il faut tenir grand compte en ce sens qu'ils sont cause d'anémie et consécutivement de névralgie.

Le traitement de ces divers accidents sera très utile à la cure de la névralgie intercostale.

Le *fer* pourra modifier avantageusement à la fois et les uns et les autres.

Les préparations de *quinquina*, surtout la décoction prise dans du lait matin et soir à la dose de 40 à 80 grammes par jour, peuvent lui être associées pour le plus grand bien des malades.

C. — NÉVRALGIE SCIATIQUE.

La névralgie sciatique, que le froid et le traumatisme font naître si facilement, est justiciable surtout de la médication révulsive associée à la médication analgésique.

Il suffit de s'asseoir, étant en moiteur, sur un banc de pierre ou sur la terre humide pour contracter une sciatique. Mais à côté du froid, le traumatisme ou même la compression simple joue un rôle aussi considérable dans sa production. Tel est le cas du cordonnier qui, assis sur sa chaise, frappe à coups de marteau la chaussure qu'il tient sur ses genoux ; tel est aussi celui du magistrat qui, assis sur son fauteuil de préférence sur un même côté, est atteint de sciatique précisément de ce côté, ainsi qu'il nous a été donné de l'observer, et par simple compression nerveuse habituelle.

L'état de réplétion du rectum et de l'S iliaque, enfin l'hypertrophie de la prostate, nous expliquent facilement la production de certains autres cas de névralgie sciatique, principalement chez le vieillard.

En dehors des règles hygiéniques spéciales, à conseiller dans chaque cas particulier, il est un traitement, fort simple d'ailleurs, qui nous a toujours rendu les meilleurs services contre la sciatique.

Il consiste en l'application d'un *vésicatoire*, de la dimension de quelques centimètres de diamètre, à l'émergence du nerf.

Une fois la phlyctène produite, on l'incise et l'on dénude une étendue du derme suffisante pour recevoir $0^{gr},01$ de morphine. On applique par-dessus de la *vaseline boriquée* et l'on répète ce pansement deux fois par jour.

En deux jours et demi ou trois, temps pendant lequel suppure la plaie du vésicatoire, la névralgie est guérie, si elle est récente, ou améliorée, si elle est ancienne. Dans ce dernier cas, il est nécessaire de recourir plusieurs fois de suite à ce mode d'intervention.

On change seulement, chaque fois, le point d'application du vésicatoire, en restant toujours sur le trajet du tronc nerveux et sans trop s'éloigner du point d'application précédent, ni du siège de la douleur la plus vive.

Les *lavements de térébenthine* dans certains cas, l'*hydrothérapie* et particulièrement les *bains de vapeurs* ou les *douches écossaises* dans d'autres, ont rendu les plus grands services.

Au point de vue pronostique, il ne faut jamais désespérer d'obtenir la guérison.

Nous l'avons vue survenir dans un cas, longtemps (*des années*) après le début de la névralgie, chez un malade qui n'avait pu que se traîner péniblement à l'aide de deux béquilles, pendant tout ce temps, et que des cliniciens éminents avaient traité surtout par l'électrothérapie, tout en le reconnaissant incurable.

Une atrophie des plus marquées frappa le membre correspondant, ce qui n'empêcha pas plus tard ce malade de se servir *sans douleur* et sans béquilles (il s'en sert encore parfaitement aujourd'hui) de sa jambe ainsi *atrophiée*.

CHAPITRE XVI

TRAITEMENT DES TERREURS NOCTURNES

PAR

J. COMBY,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

I

Considérations générales.

Les terreurs nocturnes (*pavor nocturnus*), sont constituées par des accès subits de frayeur surprenant l'enfant pendant son sommeil

Tout à coup, au milieu de la nuit, il s'assied sur son séant, poussant des cris, ne reconnaissant pas les personnes de son entourage, en proie à quelque vision terrifiante ou à quelque hallucination de l'ouïe. Les yeux sont généralement ouverts et fixes. Aucune caresse, aucune parole rassurante ne peut dissiper les alarmes du petit sujet. Mais, au bout de quelques minutes, il se rendort, et, le lendemain, il n'a plus le souvenir de ce qui s'est passé.

Cette névrose bizarre appartient à l'enfance, et spécialement à la seconde, on la rencontre depuis le sevrage jusqu'à sept ou huit ans.

Plus tard l'enfant peut bien avoir des cauchemars, des rêves effrayants, il n'en devient pas la proie et il peut réagir.

Les accès de terreurs se succèdent, plus ou moins rapprochés, suivant les cas. Quelques enfants n'en ont que de loin en loin ;

d'autres en ont presque toutes les nuits et même plusieurs fois par nuit. On en voit même qui en ont pendant le jour, s'ils dorment pendant le jour. Dans un cas de Moizard, l'enfant avait son accès toutes les nuits, à la même heure, pendant plusieurs semaines. Cette intermittence est rare, et d'ordinaire l'irrégularité la plus grande préside au retour des accès.

Avec l'âge, les terreurs nocturnes s'en vont et la guérison est complète ; mais ces accidents révèlent un tempérament nerveux qu'il faut savoir apprécier à sa juste valeur.

On a dit que les enfants atteints de terreurs nocturnes étaient des névropathes héréditaires, des dégénérés, des hystériques, des épileptiques en germe (A. Ollivier).

Sans doute les terreurs s'observent chez ces malades ; mais elles peuvent survenir indépendamment d'une tare nerveuse bien accusée, d'une hérédité neuro-pathologique formelle.

Et d'abord il faut bien reconnaître que les terreurs nocturnes peuvent être purement accidentelles et provoquées par une intoxication médicamenteuse ou alimentaire. La belladone, la quinine peuvent entraîner des frayeurs nocturnes ; une indigestion, un repas trop copieux, l'ingestion de boissons en excès ou trop alcooliques, l'abus du thé et du café auront le même effet. J'ai pour ma part vu bien souvent les terreurs nocturnes survenir chez des enfants dyspeptiques, atteints de dilatation de l'estomac, gros mangeurs, grands buveurs, etc. Chez ces enfants, dont les fonctions digestives laissaient tant à désirer, pouvait-on dire que les terreurs nocturnes représentaient une forme larvée de l'hystérie ou de l'épilepsie ?

Car il suffisait de régler le régime de ces enfants pour faire disparaître les terreurs nocturnes.

J'admets que les enfants nerveux sont prédisposés aux terreurs nocturnes, mais je crois que la tare nerveuse n'est pas nécessaire, la dyspepsie suffit.

Voici un enfant qui mange trop, qui boit trop ; si vous l'étudiez d'un peu près, vous voyez qu'il n'a jamais un sommeil calme et tranquille. Il s'endort avec peine, il est agité dans

son lit, il a des sueurs nocturnes, des cauchemars ; c'est dans ces conditions qu'il présente des terreurs nocturnes.

Tel enfant n'a de terreurs nocturnes que s'il est constipé ; on prévient les accès en assurant le cours des matières. Chez tel autre on peut incriminer la présence d'oxyures vermiculaires, d'ascarides lombricoïdes, de tumeurs adénoïdes du pharynx. Chez d'autres les terreurs nocturnes sont occasionnées par les contes effrayants qu'on leur fait pour les endormir.

Il y a donc des *terreurs nocturnes toxiques* et des *terreurs nocturnes réflexes*. Je crois les premières plus communes que les secondes, mais je ne nie pas ces dernières, pas plus que je ne repousse la prédisposition nerveuse.

Faut-il maintenant, à l'exemple de J.-A. Coutts[1], faire une distinction entre les terreurs nocturnes véritables (*night-terrors*) et les cauchemars (*night-mare*)? Pour cet auteur, les simples cauchemars, moins graves que les terreurs nocturnes, seraient d'origine réflexe et auraient un point de départ abdominal ou naso-pharyngien (troubles digestifs, tumeurs adénoïdes, hypertrophie des amygdales, etc.); les véritables terreurs nocturnes, avec hallucinations, s'observeraient chez les enfants à hérédité nerveuse (névroses, hystérie, épilepsie dans la famille). Chez les enfants qui en sont atteints, on observerait des convulsions, la chorée, l'incontinence d'urine, etc. De plus les accès surviendraient en pleine santé, subitement, sans avoir été précédés par aucun trouble morbide. Ils seraient uniques, ne se reproduisant pas plusieurs fois dans la même nuit. Les cauchemars, au contraire, sont précédés de troubles digestifs, d'agitation, d'insomnie, et ils sont généralement multiples. On conçoit que le traitement doit varier en conséquence et que si les antispasmodiques conviennent à la première catégorie de malades, une bonne hygiène alimentaire soit le meilleur remède à conseiller aux autres.

Mais il ne faudrait pas croire que la distinction soit aussi facile à établir que l'indique M. Coutts ; les deux degrés, les

1. J.-A. Coutts. — *Medical Record*, 15 août 1896.

deux expressions différentes du *pavor nocturnus* qu'il cherche à dégager, se confondent facilement. Tout ce qu'on peut savoir, c'est que l'enfant s'est réveillé en sursaut, qu'il a poussé des cris et qu'il s'est rendormi.

En somme, il faut considérer les terreurs nocturnes comme une petite névrose de la seconde enfance, survenant le plus souvent à l'occasion de troubles digestifs et d'une mauvaise hygiène alimentaire. Pour moi, les terreurs nocturnes sont presque toujours symptomatiques de dyspepsie.

II

Traitement.

Toutes les fois donc qu'on se trouvera en présence d'un enfant en proie aux terreurs nocturnes, on devra, avant tout, examiner son tube digestif, palper et percuter son estomac, s'informer de la façon dont il digère et dont il va à la garde-robe, des aliments et des boissons qu'il ingère, etc. On verra alors que presque toujours l'enfant a une mauvaise hygiène alimentaire et que très souvent il souffre depuis longtemps de l'estomac. C'est un enfant qui a été nourri au biberon, qui a marché tard, qui a de l'ectasie gastrique, de la constipation habituelle, ou des alternatives de diarrhée et de constipation. C'est un dyspeptique, et le *pavor nocturnus* n'est qu'un épisode nerveux de sa dyspepsie.

On devra donc régler avec soin le *régime alimentaire*, interdire l'usage des boissons excitantes et alcooliques, du vin, du cidre, de la bière, du thé, du café. On les remplacera par le lait, si l'enfant n'a pas de répugnance invincible pour ce liquide. A défaut de lait, on donnera de l'eau pure ou sucrée, de la tisane, etc. L'important est de ne pas donner les boissons en excès. La polydipsie est une cause puissante de terreurs nocturnes, ce sont les grands buveurs qui ont le sommeil agité et interrompu par des cauchemars. Le rationnement des liquides s'impose avant toute chose. L'enfant ne boira pas en

dehors de ses repas ; il devra se contenter de 150 à 200 grammes de liquide par repas. Trop souvent l'enfant, sans cesse altéré, boit la nuit ; on l'en empêchera.

D'un autre côté, on lui donnera des aliments de facile digestion, réduits en purée pour qu'il n'ait pas la peine de mâcher ; là encore on veillera à la quantité ingérée ; le repas du soir sera particulièrement surveillé.

Le système nerveux de l'enfant ne devra pas être excité par des contes plus ou moins impressionnants, par des spectacles, des soirées, des veilles prolongées. L'enfant devra se coucher de bonne heure. On pourra, pour calmer ses nerfs, lui faire prendre, deux heures après son repas du soir, un *bain tiède* avec 50 ou 100 grammes de tilleul.

L'action sédative du bain sera préférée à la narcotisation par l'*opium*, le *chloral* et les autres hypnotiques. Cependant, si le sommeil tardait à venir, on pourrait essayer, pendant quelques jours, une petite dose de *sulfonal*, de *trional* ou d'*uréthane* (0^{gr},25 à 0^{gr},50 dans un peu de lait tiède ou d'eau sucrée). Ces hypnotiques ne congestionnent pas les centres nerveux comme l'opium ; ils doivent lui être préférés dans l'espèce. On se trouvera bien quelquefois du *bromure de potassium* ou de *sodium*.

On devra toujours combattre la constipation, si elle existe (*huile de ricin*, *calomel*, *scammonée*), et s'assurer que l'enfant n'a pas de vers intestinaux (oxyures, ascarides lombricoïdes, ténias).

On examinera également sa gorge, et l'on fera opérer l'hypertrophie amygdalienne et les végétations adénoïdes, si ces tuméfactions entravent la respiration nasale et troublent le sommeil.

Une cure remarquable par sa singularité est due à Bestschinsky[1].

Une fillette de trois ans tombe malade la nuit, subitement. On va chercher le médecin qui la trouve toute tremblante.

1. Bestschinsky. — *Presse médicale*, 1896.

les yeux grands ouverts, parlant d'une façon inintelligible. Depuis longtemps l'enfant avait des accès semblables ; mais ils allaient toujours en s'accentuant et se rapprochant. L'auteur reconnaît les terreurs nocturnes, interdit les contes effrayants, et prescrit du bromure de sodium. Cependant, les accès reviennent toutes les nuits et même deux fois par nuit. Il a l'idée de recourir à la musique et il prie la mère de l'enfant de jouer une valse de Chopin.

Le choix du morceau serait, paraît-il, très important et seule la musique mélancolique en *ut* mineur aurait un bon effet. Le résultat fut merveilleux, l'enfant dormit toute la nuit sans se réveiller. Bestschinsky conseilla à la mère de jouer tous les soirs la même valse, et l'enfant, à partir de ce moment, eut un sommeil tranquille. Pour s'assurer que la musique était bien en cause dans cette cure merveilleuse, il fit coucher la fillette un soir sans musique ; un accès survint dans la nuit. On reprit le traitement musical et le sommeil redevint calme. Peu à peu, les séances furent espacées et enfin suspendues au bout d'un mois.

Depuis plusieurs mois l'enfant n'a pas eu de nouveaux accès. Voilà un traitement original, qu'on pourra essayer à l'occasion, mais qui sans doute ne convient pas à tous les cas.

III

Prophylaxie.

La prophylaxie des terreurs nocturnes repose tout entière sur l'emploi des moyens hygiéniques que nous avons signalés à propos de la thérapeutique. Il faut veiller étroitement sur l'alimentation des enfants, les préserver des excès solides et surtout liquides, combattre la constipation, soigner la dyspepsie quand elle existe, rationner les liquides, écarter les boissons alcooliques, réduire le nombre des repas à trois ou quatre par jour, leur assurer en un mot l'hygiène alimentaire qui convient à leur âge.

On prendra l'habitude de les coucher de bonne heure, ne les conduisant ni en soirée, ni au spectacle. On s'abstiendra des contes plus ou moins effrayants dont certaines personnes se servent pour les endormir. On ne négligera pas les exercices, les sorties, les promenades au grand air, les bains, et tout ce qui concerne la propreté du corps.

CHAPITRE XVII

TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

PAR

J. COMBY,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

I

Considérations générales.

L'incontinence nocturne d'urine, *enuresis nocturna*, est une névrose urinaire de la seconde enfance caractérisée par l'émission involontaire des urines pendant le sommeil. Elle est plus commune chez les garçons que chez les filles. Se montrant d'ordinaire vers l'âge de 6 ou 7 ans, elle ne se prolonge guère au delà de la puberté et guérit alors spontanément. C'est une maladie d'évolution. Mais elle appartient bien à la grande famille neuro-pathologique.

Ce qui le prouve, ce sont les stigmates nerveux qu'on trouve souvent chez les sujets qui en sont atteints, c'est la succession de diverses névroses chez eux ou dans leur famille.

Trousseau y voyait une forme larvée de l'épilepsie ; sans doute les épileptiques peuvent présenter de l'incontinence d'urine et les attaques nocturnes ne sont parfois annoncées que par la pollution des draps de lit. Mais ce serait dépasser la mesure que de voir un épileptique dans tout enfant atteint d'incontinence d'urine.

On peut voir l'incontinence d'urine précéder la chorée, l'hystérie, ou succéder à des manifestations nerveuses de cette nature. L. Guinon a relevé la présence du strabisme chez les énurésiques ; j'ai pour ma part constaté souvent l'anesthésie du pharynx et parfois aussi de la muqueuse buccale. Chez une fillette de dix ans, atteinte d'incontinence nocturne d'urine, j'ai pu extraire une molaire sans provoquer le moindre signe de douleur. Surpris de l'impassibilité de l'enfant, j'explorai la sensibilité de la bouche et je m'aperçus que la muqueuse des gencives, du palais, du pharynx, était complètement anesthésiée. Le fond nerveux des énurésiques est donc incontestable, et quand on poursuit l'enquête sur les antécédents héréditaires et collatéraux, on constate la présence des névroses les plus diverses (hystérie, épilepsie, chorée, névralgies, migraine) révélatrices de la tare nerveuse.

Mais les causes d'irritation locale ne sont pas à négliger et j'ai vu le phimosis, les adhérences balano-préputiales chez les garçons, les oxyures vermiculaires chez les filles, provoquer l'incontinence nocturne et même diurne.

Un petit garçon de quatre ans, présentant un phimosis très étroit, perdait incessamment ses urines qui, irritant par leur contact le fourreau de la verge et les bourses, avaient causé une dermite eczématiforme très rebelle. Je pratique la circoncision, l'enfant peut alors retenir ses urines et la dermite guérit. Les cas de cette nature ne sont pas très rares, et, avant toute enquête, on doit toujours s'assurer de l'intégrité des organes génito-urinaires externes.

L'incontinence d'urine, habituellement nocturne, peut être également diurne ; elle peut se compliquer d'incontinence des matières fécales.

Cette névrose est compatible avec toutes les apparences de la santé ; les enfants peuvent être forts, vigoureux, bien développés. Quelquefois ils sont pâles, maigres, peu développés, et l'on trouve chez eux les symptômes de la dyspepsie (appétit diminué, soif vive, constipation, etc.).

Quelques enfants n'urinent au lit que de loin en loin ;

d'autres souillent leurs draps presque à chaque nuit et même plusieurs fois par nuit. Dans ce dernier cas, la maladie est sérieuse et l'on doit essayer tous les moyens pour y mettre un terme.

La durée de l'incontinence d'urine est habituellement très longue ; cette durée se chiffre par années ; mais il peut y avoir des rémissions, des intermissions qui donnent l'espoir souvent trompé d'une guérison définitive.

Chez les filles, on a vu la grossesse mettre un terme à l'incontinence d'urine. Trousseau admettait que l'émission involontaire des urines était due à la tonicité exagérée, à l'hyperexcitabilité des fibres de la vessie ; dans cette hypothèse, le sphincter ne pouvait résister à la pression exercée par la tunique musculaire de l'organe. Mais aujourd'hui on croit généralement que l'atonie du sphincter est en cause.

Le *spasme de la vessie*, par contre, s'observerait quelquefois chez les nouveau-nés, comme l'a montré J. Bokay, de Budapest. Lorsque, sous l'influence d'une diarrhée profuse, c'est-à-dire de déperditions excessives de sérosité, ou d'une insuffisance d'apport (inanition), les urines se concentrent, alors les mictions deviennent difficiles et douloureuses, quelques gouttes s'écoulent involontairement, et l'on peut trouver dans les langes des infarctus uriques. Cette maladie n'a rien de commun avec la névrose urinaire étudiée plus haut.

II

Traitement.

Le traitement de l'incontinence nocturne d'urine est des plus difficiles et des plus ingrats ; il est d'autre part très incertain, la liste interminable des médicaments mis en œuvre le prouve.

Avant tout on s'assurera que l'incontinence ne reconnaît pas pour cause une irritation locale ; on examinera avec soin les organes génitaux, tant chez les filles que chez les garçons.

On verra s'il n'y a pas d'anomalies, de vices de développement, d'adhérences entre le prépuce et le gland, entre les petites lèvres et le clitoris, s'il n'y a pas de vulvite, d'uréthrite, d'oxyures vermiculaires, etc. Cet examen devra être fait avec le plus grand soin et l'on devra toujours, avant d'aller plus loin, remédier aux lésions locales qui pourraient se présenter.

On obtiendra parfois des succès rapides et décisifs. J'en ai cité un exemple personnel, en voici un autre : Russell Strachan[1] est appelé à examiner deux enfants, le frère et la sœur, âgés respectivement de six et quatre ans, qui avaient de l'incontinence nocturne. Le garçon, sans avoir le prépuce trop long, présentait des adhérences très serrées entre le prépuce et le gland ; sans faire la circoncision, on libère avec soin les adhérences, on dilate le prépuce, et l'enfant guérit. Sa sœur avait des adhérences semblables du clitoris avec son capuchon membraneux. L'opération là encore fut des plus heureuses. Dans un troisième cas, il s'agissait d'un garçon de quinze ans, qu'on avait renvoyé de la pension où il était, à cause d'une incontinence d'urine rebelle à tous les traitements. L'examen de cet enfant montra qu'il avait le prépuce très long et très adhérent au gland. On fit la circoncision, rendue très laborieuse par les adhérences qu'il fallut disséquer. Mais le résultat fut parfait et l'enfant cessa complètement d'uriner au lit.

Quand l'incontinence d'urine se présente, et c'est le cas ordinaire, sans aucune anomalie, ni lésion, ni irritation des organes génito-urinaires, il faut songer au traitement médical qu'il me reste à exposer. Quels que soient les agents médicamenteux employés, l'hygiène thérapeutique est toujours de mise et je vais l'indiquer en quelques lignes.

A. — HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE.

Tous les auteurs accordent une réelle importance à l'hygiène alimentaire de l'enfant, à la quantité et à la qualité des bois-

1. RUSSELL STRACHAN. — *Medical Record*, 7 mars 1896.

sons qu'il ingère, à la façon dont il doit être couché, à son sommeil, etc. Tout le monde est d'accord pour le rationnement des liquides ; le malade devra boire peu, surtout le soir ; il devra s'abstenir de boissons gazeuses, excitantes et alcooliques. Mendelsohn[1] veut même que le repas du soir soit exclusivement composé d'aliments solides, sans addition d'aucune boisson. Il insiste pour que les enfants ne soient pas considérés comme des coupables, mais traités avec la plus grande douceur. On les fera uriner à des intervalles réguliers pour discipliner leur sphincter vésical. On aura soin que la dernière miction volontaire soit proche du moment où l'enfant va s'endormir. Quelques médecins vont jusqu'à prescrire de réveiller l'enfant plusieurs fois par nuit pour le faire uriner. On pourra bien éviter ainsi la souillure de la literie, mais on ne guérira pas la maladie et on fatiguera le malade par le trouble apporté à son sommeil. Trousseau conseille, pour accroître la tolérance de la vessie et diminuer la tonicité de ses fibres musculaires, de garder le plus longtemps possible les urines pendant le jour, et de résister autant qu'on le pourra au besoin d'uriner.

Une autre pratique hygiénique sur laquelle on a insisté, consiste à faire coucher l'enfant, la tête plus basse que le bassin ; de cette façon, le col de la vessie étant situé plus haut que le réservoir urinaire, la sollicitation de ce col par le contact de l'urine se fera le plus tard possible, la pression de l'urine sur ce col atonique et ne demandant qu'à céder sera évitée, et l'on pourra dans quelques cas empêcher les mictions nocturnes. Il est facile, pour obtenir ce résultat, d'exhausser le pied du lit, en abaissant la tête. Cet exhaussement, même s'il est très considérable, sera bien supporté par les enfants, dont le sommeil est si facile et si profond. Mais les adultes pourraient ne pas s'accommoder de cette position anormale.

En même temps on ne manquera pas de traiter l'état général de l'enfant, de le faire sortir au grand air, de lui donner

1. Mendelsohn. — *Berlin. klin. Woch.*, 1895.

le goût des exercices du corps, de la gymnastique, des jeux de plein air, etc. S'il est nerveux, faible, anémique, on le tonifiera par l'*hydrothérapie*, par les douches froides, etc., on ne manquera pas d'essayer la *cure saline*, soit aux bains de mer, soit dans les stations chlorurées sodiques de l'intérieur.

Si le malade était arthritique, sanguin, avec tendance à la gravelle, on le soumettrait aux eaux bicarbonatées sodiques ou sulfatées calciques; *Contrexéville*, *Vittel*, *Vichy* devraient être essayés.

L'*hygiène morale* ne sera pas négligée; l'enfant vivra dans un milieu calme et indulgent; son entourage ne devra pas le traiter en pestiféré, en enfant paresseux, malpropre, mal élevé. On aura, à son égard, l'attitude que mérite un malade plus à plaindre qu'à blâmer.

C'est dire que les réprimandes, les châtiments sont hors de saison, et ne sont applicables qu'à des cas tout à fait exceptionnels.

B. — TRAITEMENT PROPREMENT DIT.

L'opinion qu'on s'est faite de la physiologie pathologique de l'incontinence d'urine a eu sur la thérapeutique une influence capitale. Trousseau et à sa suite un grand nombre de médecins, considérant la maladie comme le résultat de la contraction exagérée du muscle vésical, ont prescrit à outrance les médicaments antispasmodiques et paralysants. Au premier rang de ces médicaments se présente la *belladone* qui, dans quelques cas, peut encore donner des succès.

La belladone, et son alcaloïde l'*atropine*, ont été très employés par Trousseau qui avouait avoir emprunté cette médication à Bretonneau. Il débutait par une pilule de $0^{gr},01$ d'extrait de belladone chaque soir, puis, au bout de quelques jours, il augmentait la dose jusqu'à $0^{gr},05$, $0^{gr},06$, $0^{gr},07$, $0^{gr},08$, $0^{gr},09$, $0^{gr},10$ pris en une fois, toujours le soir. Il dépassait même cette dose et allait jusqu'à $0^{gr},15$. « C'est pour moi une conviction profonde, dit il, que la belladone est l'arme théra-

peutique la plus puissante que nous ayons à opposer à l'incontinence nocturne de l'urine chez les individus des deux sexes. » Voici les règles textuelles de l'administration du médicament : « Je fais prendre chaque soir, au moment de se coucher, 1 centigramme d'extrait de belladone, ou bien un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine, qui est administré soit sous forme de pilules, soit sous toute autre forme. Si les accidents deviennent plus rares sous l'influence de cette première dose de médicament, je la maintiens pendant un certain temps ; mais si au bout de ce certain temps, huit ou dix jours par exemple, l'amélioration ne fait pas de progrès, j'augmente la dose de belladone, et j'en fais prendre, toujours le soir, et au même moment, 2 centigrammes. Suivant la même règle et guidé par les mêmes indications, j'accrois successivement ainsi les quantités du remède, que je porte à $0^{gr},3$, $0^{gr},4$, $0^{gr},5$, $0^{gr},6$, $0^{gr},10$, $0^{gr},15$, $0^{gr},20$ et même au delà, selon que l'action thérapeutique est plus ou moins prononcée, selon aussi la tolérance individuelle.

« Lorsque l'amélioration a duré un assez long temps pour qu'il soit permis de croire à une guérison radicale ; lorsque pendant trois, quatre, cinq mois, il n'y a eu aucun accident, au lieu d'interrompre brusquement la médication, je la maintiens encore, mais en diminuant progressivement la dose du médicament, pendant deux, quatre, cinq, six, huit, dix mois, plus d'un an même, selon les cas, selon les circonstances, lorsque j'ai eu à combattre une incontinence nocturne plus ancienne, et, par conséquent, plus invétérée. »

Le *bromure de potassium*, le *chloral* et les hypnotiques en général, ont été maintes fois prescrits dans l'incontinence d'urine, mais avec beaucoup moins de succès que la belladone.

L'*antipyrine*, qui peut être considérée comme un sédatif du système nerveux, et qui d'autre part diminue les sécrétions organiques, méritait d'être essayée contre l'incontinence d'urine, et elle a été recommandée par quelques médecins. Pour obtenir un bon effet de cette médication, comme de toutes les autres, il faut la prescrire le soir, peu de temps

avant le sommeil. En faisant prendre ainsi 2, 3, 4, 5 grammes d'antipyrine dans l'espace de deux ou trois heures, on obtiendra un résultat appréciable.

Chez une fillette de cinq ans et demi, traitée en vain par la strychnine, 2 grammes d'antipyrine en trois doses prises à 6 heures, 7 heures et 8 heures du soir, ont amené en six jours la disparition de l'incontinence d'urine. Même succès chez une fille de dix ans et chez une troisième de treize ans, avec 3 grammes d'antipyrine chaque soir.

Donc l'antipyrine, à doses fortes et non fractionnées, mérite une place honorable parmi les médications de l'incontinence nocturne d'urine.

Tout en pensant que l'incontinence d'urine était généralement due à la tonicité exagérée du plan musculaire de la vessie, Trousseau ne se refusait pas à admettre l'atonie du sphincter dans quelques cas, et il conseillait les préparations de *strychnine*.

Ce remède a été depuis lors très employé et quelquefois à dose considérable. Vogel a prescrit le *nitrate de strychnine*, en allant jusqu'à la dose de 7 milligrammes et demi par jour. J'ai, pour ma part, prescrit plusieurs fois le sulfate de strychnine à la dose de 3, 4, 5, et même 10 milligrammes par jour. Chez une jeune fille de treize ans, urinant presque toutes les nuits dans son lit, j'ai donné d'abord 20 grammes de sirop de sulfate de strychnine (5 milligrammes) et j'ai atteint graduellement 60 grammes (15 milligrammes de sulfate de strychnine). En quatorze jours, l'enfant avait absorbé 157 milligrammes de sulfate de strychnine, sans que l'incontinence d'urine eût cessé, disparaissant une nuit pour reparaître la suivante. C'était un échec. Avec l'*ergotine* et l'*ergot de seigle*, les succès ne sont ni plus constants, ni plus décisifs. J'en dirai autant de la *quinine*, de la *digitale*, de la *caféine*. Cependant Ch. Potts, dans deux cas d'incontinence d'urine chez des filles de dix et quinze ans, a obtenu un prompt succès par l'emploi du sulfate de quinine à doses croissantes, jusqu'à 1gr. 50 par jour.

Les médecins américains ont beaucoup vanté le *rhus aromaticus*; l'extrait fluide de cette plante à la dose de V, X, XV, XX, XXV, XXX gouttes, suivant les cas et suivant les âges, aurait donné de remarquables succès; certains médecins vont jusqu'à le considérer comme un remède spécifique.

Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux) a utilisé le *rhus radicans*, plante très voisine du rhus aromaticus. On fait macérer pendant quinze jours une partie de rhus radicans dans cinq parties d'alcool à 21° Cartier. Puis on passe avec expression et on filtre. On donne V à XX gouttes de cette teinture dans un peu d'eau sucrée matin et soir, on peut aller jusqu'à LX gouttes au-dessus de six ans. Le *rhus toxicodendron*, conseillé par d'autres médecins, est un médicament du même ordre.

L'échec successif de la plupart de ces médications a conduit aux tentatives parfois heureuses de traitement local par la compression, le massage, l'électrisation.

Le *compresseur de la prostate*, imaginé par Trousseau contre la spermatorrhée, a été essayé une fois au moins avec résultat favorable par cet auteur dans l'incontinence d'urine. On conçoit très bien que l'introduction d'un embout olivaire de gros calibre dans le rectum puisse empêcher mécaniquement la sortie involontaire des urines.

Le *massage* est une pratique du même ordre, qui a pour but de réveiller la contractilité du sphincter vésical. Bestschinsky (Ejenedelnik 1896), est appelé à soigner un garçon de dix ans, atteint depuis longtemps d'une incontinence nocturne d'urine[1]. Tous les traitements avaient échoué. Après avoir vidé sa vessie et son rectum, l'enfant est mis sur le dos, les jambes fléchies; l'index est introduit dans le rectum et appliqué obliquement sur le col de la vessie; le médecin exerce avec ce doigt quelques frictions sur le col dans la direction du pubis. Après trois à cinq mouvements, on change de main pour éviter la fatigue et pour laisser reposer le malade. Une séance tous les jours pendant trois à cinq minutes. Au bout de la dixième

1. Ejenedelnik. — Cité par la *Presse méd.*

séance, l'incontinence d'urine ne se manifestait que deux à trois fois par semaine; elle disparut totalement après trente-cinq séances. La guérison se maintiendrait depuis un an.

Je n'insisterai pas sur la pratique qui consiste à obturer tous les soirs le méat urinaire avec du *collodion*. Cet obturateur mécanique serait insuffisant pour mettre un obstacle infranchissable à la miction, et suffisant pour réveiller l'enfant quand l'urine se présenterait au méat. On doit n'accorder que peu de confiance à ce procédé.

L'*électrisation du col de la vessie* a une tout autre valeur. On emploie généralement les courants faradiques (F. Guyon) pour électriser directement le sphincter urétral dont l'atonie est en jeu : « Je me sers, à cet effet, dit le chirurgien de Necker, d'une petite tige flexible, épaisse de 2 millimètres environ et constituée par un faisceau de fils métalliques très fins, recouvert d'une enveloppe isolante. Les fils métalliques aboutissent, d'une part à une petite armature terminée par un crochet métallique destiné à établir facilement la communication avec la pile, d'autre part à une autre armature portant un pas de vis. Sur cette armature s'adaptent des boules métalliques de différents calibres et en tout semblables, par leur forme légèrement ovoïde, à la tête des explorateurs ordinaires.

« La boule métallique est conduite dans l'urètre. Le défaut de résistance du sphincter empêchant de bien apprécier son siège, la boule devra être portée jusqu'à la vessie, puis on la retire ensuite de la quantité nécessaire pour amener son talon au niveau de la portion membraneuse. On n'a plus dès lors qu'à accrocher le fil conducteur d'une petite pile à induction, en même temps que l'autre pôle, bouton ou plaque, est appliqué immédiatement au-dessus du pubis. Le courant doit être d'intensité assez faible, les intermittences non trop rapprochées; la séance ne doit pas durer plus de deux à cinq minutes, pour ne pas fatiguer le muscle urétral au lieu de le fortifier. » Pendant le passage du courant, on sent la boule serrée par le sphincter qui se contracte. Douze à quinze séances suffisent

chez les garcons; chez les filles, le procédé est moins facilement applicable.

Ce procédé a été employé par un grand nombre de médecins; récemment Köster[1], sur 20 cas, a obtenu les résultats suivants: chez 11 malades (6 garçons et 5 filles), avec incontinence nocturne et diurne, il y eut 9 guérisons complètes, une amélioration (garçon), un insuccès (fille); chez 9, avec incontinence nocturne seulement, il y a eu 8 guérisons (4 filles et 4 garçons) et un insuccès (garçon).

L'électrisation du col vésical a donc fait ses preuves; on ne manquera pas d'y avoir recours dans les cas rebelles.

Parmi les autres traitements chirurgicaux capables de rendre service aux malades et de leur procurer une guérison temporaire ou définitive, je dois citer la *distension mécanique de la vessie*, mise en œuvre avec succès par W. F. Martin, de Colorado Springs[2]. Trousseau avait sans doute songé à la faible capacité de la vessie de certains sujets quand il conseillait de faire retenir les urines le plus possible pendant le jour. Le Dr Martin semble avoir été hanté par cette théorie pathogénique, quand il a appliqué son traitement au jeune homme de seize ans dont il rapporte l'histoire. Ce garçon, vu pour la première fois en 1889, ne fut traité activement qu'en avril 1890. Depuis sa naissance il était sujet à l'incontinence nocturne d'urine. Rarement il passait une nuit sans souiller son lit, quoiqu'il se levât plusieurs fois pour vider sa vessie. Un frère de six ans était affligé de la même infirmité. Après avoir examiné le pénis, le rectum, l'urine, qui ne présentaient rien d'anormal, le médecin conseilla la diète sèche, la miction quelques heures après le coucher (cloche d'alarme au besoin), l'ergotine et l'atropine.

Le résultat fut médiocre. En octobre 1890, le malade ayant pu se rapprocher de son médecin, celui-ci mesura la capacité de la vessie et ne la trouva pas supérieure à 4 onces (120 gram-

1. Köster. — *Deut. med. Woch.*, 1895.

2. W. F. Martin. — A case of enuresis in a child past puberty and its treatment. *Archives of Pediatrics*, octobre 1896, p. 765.

mes ou centimètres cubes environ). A l'aide d'injections, il porta cette capacité à 5 onces, puis à 7 onces (23 octobre), à 8 onces (24 octobre), à 9 onces (27 octobre). A ce degré le malade pouvait retenir ses urines et ne se levait qu'une fois la nuit.

Le 29 octobre, la vessie pouvait recevoir 10 onces (300 centimètres cubes) de liquide; le 10 novembre, 17 onces, et le 15 novembre, une pinte (plus d'un demi-litre). En même temps, faradisation du col de la vessie, ergotine, atropine, etc.

Le 20 novembre, le malade a dormi de 8 heures du soir à 7 heures du matin sans mouiller ses draps. Le 22, il est obligé de regagner son domicile, et cesse le traitement chirurgical.

Il est à peu près guéri, mais des nouvelles reçues le 27 août 1895 montrent que la vessie n'a pas conservé la capacité que les injections d'eau lui avaient donnée, et que la distension progressive pourrait être réitérée avec avantage.

Quoi qu'il en soit, ce traitement, si heureux dans le cas particulier, est des plus rationnels dans les incontinences d'urine à contractilité vésicale exagérée.

Les médecins hypnologistes ont annoncé que la *suggestion* leur avait donné de brillants succès.

Déjà Liébeault[1] avait obtenu les résultats suivants, par la suggestion hypnotique, chez 77 enfants de plus de trois ans, et chez quelques adultes : 23 furent guéris en une ou deux séances et sans récidive; 23 après plusieurs séances; 10 après un grand nombre de séances, mais ils n'ont pas été suivis; 9 n'ont été qu'améliorés; 4 n'ont été traités qu'une fois et la guérison est incertaine; 8 n'ont pu être guéris. D'après lui, 84 p. 100 des incontinences d'urine guériraient par la suggestion.

Cullerre, médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon[2], sur 24 cas traités par la suggestion, a obtenu 20 guérisons complètes,

1. Liébeault. — *Association pour l'Av. des sciences*, Nancy, 1886.

2. Cullerre. — *Médecine moderne*; 22 août 1896, d'après les *Archives de neurologie*.

2 améliorations, 2 insuccès. Le sujet est commodément installé dans un fauteuil ; on le rassure par quelques paroles bienveillantes et on l'encourage en faisant miroiter à ses yeux l'espoir d'une guérison prochaine. Après quoi on l'endort par la fixation du regard aidée de la suggestion.

Quand on dit « on l'endort », c'est pour employer une expression consacrée, car le degré d'hypnose où se trouve le sujet a paru de peu d'importance. La plupart, d'ailleurs, conservent le souvenir des suggestions qu'on leur donne, et M. Cullerre en a vu ne fermer les yeux que par obéissance et qui ne guérissaient pas moins bien que les autres. Alors intervient la suggestion curative dont la formule doit varier selon les cas : ne pas pisser au lit, sentir le besoin et se réveiller aussitôt ; s'éveiller à une heure déterminée pour uriner ; penser en s'endormant qu'il ne faut pas uriner au lit. Au besoin, comme le conseille M. Bérillon, on peut provoquer par suggestion une insomnie destinée à habituer le cerveau à percevoir le besoin d'uriner. Bientôt l'insomnie disparaît d'elle-même et le sujet, habitué à surveiller sa vessie, continue à le faire tout en dormant.

Tantôt la guérison est immédiate ou tout au moins prompte ; tantôt elle se fait attendre quelques semaines. Quelquefois la guérison survient d'elle-même après la suppression du traitement qui n'a paru donner aucun résultat. Il faut aussi compter de temps en temps avec les rechutes. Tous les âges sont justiciables de la méthode suggestive ; le plus jeune des malades de M. Cullerre avait six ans et le plus âgé vingt-trois ans. Dès l'âge de trois ans elle est applicable.

Une chose que l'on ne saurait trop répéter, c'est que ce traitement est à la portée de tous les praticiens. Il ne demande ni préparation, ni éducation, ni surtout initiation spéciale. On peut, en l'employant, on doit même, peut-on dire, réussir du premier coup. Sans doute un homme versé dans l'hypnologie pratique et habitué de longue main à manier la suggestion obtiendra peut-être des résultats plus brillants et plus nombreux tout d'abord ; mais l'apprentissage se fait vite et il

suffit d'un peu de tact et de pratique pour y passer maître.

Bérillon, s'inspirant des conseils formulés par Liébeault, a appliqué le traitement suggestif à un grand nombre d'enfants des deux sexes atteints d'incontinence nocturne et diurne. Les guérisons obtenues ont été la règle, les insuccès, l'exception, la proportion des guérisons s'est élevée à 70 p. 100. Ringier (Suisse), par contre, n'aurait eu que 47 p. 100 de succès. « Cette différence dans les résultats obtenus, dit Bérillon, nous paraît devoir résulter de différences dans l'application du procédé. En effet, il ne faut pas croire qu'il suffit, après avoir plongé l'enfant dans un variable de l'hypnose, de lui faire simplement la suggestion de ne plus uriner au lit. C'est évidemment par là qu'il faut commencer; mais si, au bout de quatre à cinq séances, le résultat favorable n'est pas obtenu, il faut recourir à divers artifices qu'enseigne la pratique. Tout d'abord, il faut, avec une certaine insistance, suggérer à l'enfant qu'il s'endormira le soir avec la préoccupation de ne pas uriner au lit; qu'il ressentira vivement le besoin d'uriner dès que la vessie sera pleine; que le besoin d'uriner le réveillera complètement et qu'il se hâtera de se lever pour satisfaire ce besoin.

« Si cette suggestion ne suffit pas, il faut alors supposer que l'enfant dort très profondément et que son sommeil est tellement profond qu'il détermine une anesthésie du col vésical.

« La sensation vésicale est donc insuffisante pour le réveiller; dans ce cas, il faut suggérer à l'enfant une véritable insomnie. Je m'exprime habituellement dans les termes suivants : « Vous aurez tellement le désir de ne plus uriner au « lit, que cette préoccupation vous empêchera de vous en- « dormir le soir. Vous serez agité dans votre lit, ne dormant « pas; ne pensant qu'à vous lever pour uriner, dès que le besoin « se fera sentir. »

« Beaucoup d'enfants, et surtout de jeunes gens, éprouvent cette insomnie et vous disent : « Je n'ai pas uriné au lit, mais « cela tient à ce que je n'ai pas pu m'endormir. »

« Au bout de quelques jours, l'insomnie disparaît d'elle-

même et le malade, habitué à veiller sur la fonction urinaire, semble continuer à la surveiller tout en dormant.

« Chez d'autres sujets, la suggestion qui amènera la guérison est différente. On leur suggère qu'à telle heure de la nuit, à minuit par exemple, ils se réveilleront, se lèveront et videront leur vessie.

« Un certain nombre accomplissent ponctuellement la suggestion, le plus souvent d'une façon apparemment inconsciente et automatique. Pour obtenir la réussite de cette suggestion, il est indispensable de placer dans la pièce où se trouve le dormeur une pendule sonnant les heures ou un réveille-matin arrêté à l'heure indiquée pour le réveil.

« Il arrive que plusieurs séances de suggestion ont lieu sans donner un résultat satisfaisant; le traitement est alors généralement interrompu et l'on est autorisé à douter de son efficacité, lorsque la guérison apparaît inopinément.

« Il y a là encore la manifestation d'un artifice de suggestion, car l'expérimentateur ne doit pas manquer d'affirmer au sujet endormi que la préoccupation de se retenir d'uriner pendant son sommeil persistera toujours dans son esprit, même après la cessation du traitement, et que la guérison arrivera nécessairement à bref délai.

« Un fait d'observation courante des plus intéressants, c'est que lorsque l'enfant urine au lit toutes les nuits, on peut presque sûrement compter sur une guérison définitive et rapide par la suggestion hypnotique. Il n'en est pas toujours ainsi lorsque l'incontinence d'urine n'a lieu que de temps en temps. Il est probable que l'incontinence d'urine intermittente est liée à des causes différentes. Elle doit faire songer à l'épilepsie nocturne ; elle est, en tout cas, souvent liée à des accidents névropathiques (rêves, terreurs nocturnes, pollakiurie, etc...).

« J'ai appliqué ce traitement à des enfants de tout âge ; le plus jeune était âgé de trois ans. »

III

Conclusions.

La multiplicité et la diversité des médications proposées contre l'incontinence nocturne d'urine sont une source d'embarras pour le médecin. Voici la règle de conduite que nous conseillons d'adopter.

Avant tout, on soignera l'*hygiène alimentaire* de l'enfant, on rationnera les liquides, on tonifiera le système nerveux par les *douches*, les *bains sulfureux*, les *bains salés*. L'hygiène thérapeutique étant satisfaite, on essaiera tour à tour la *belladone*, la *strychnine*, l'*antipyrine*, le *rhus aromaticus* et les médicaments du même ordre.

Si tout cela échoue, on aura recours à l'*électrisation directe du col de la vessie*, et en dernier ressort à la *suggestion hypnotique*.

Il est entendu qu'on se sera assuré préalablement que l'incontinence d'urine est bien essentielle, et non provoquée par un vice de conformation ou une lésion quelconque des organes génito-urinaires.

CHAPITRE XVIII

TRAITEMENT DE LA SPERMATORRHÉE

PAR

J. COMBY,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

I

Considérations générales.

Par *pertes séminales involontaires*, ou par *spermatorrhée*, dit Trousseau, on entend des pertes ou des évacuations de la liqueur spermatique qui se font sans qu'il y ait aucune excitation érotique, ou du moins sans que cette excitation ait été suffisante.

L'étude de la spermatorrhée doit accompagner celle de l'onanisme ; c'est une névrose génitale du même genre, se rencontrant souvent chez les mêmes sujets. Mais, tandis que l'onanisme est surtout un vice de l'enfant, la spermatorrhée est une maladie de l'âge adulte. Tel, qui était masturbateur avant la puberté, deviendra spermatorrhéique après.

La pollution nocturne peut se rencontrer à l'état physiologique, chez les sujets jeunes, vigoureux, trop continents ; elle survient alors rarement, et à la suite de rêves plus ou moins lascifs et elle ne laisse après elle aucun trouble morbide. Mais vient-elle à se reproduire fréquemment, on peut craindre qu'elle n'aboutisse à l'incontinence spermatique véritable, dont la gravité est assez grande.

Chez les spermatorrhéiques avérés, les pollutions surviennent souvent sans excitation extérieure, sans rêves érotiques et elles se font spontanément sans éréthisme, sans sensations voluptueuses. Elles sont alors suivies de malaise, de courbature, de fatigue générale, d'accablement. De nocturnes qu'elles étaient primitivement, les pollutions deviennent diurnes et causent alors un grand émoi. Ce n'est pas que la pollution, même diurne, ne puisse s'observer à l'état physiologique ; la constipation opiniâtre, les efforts qu'elle exige peuvent, chez les sujets sains et vigoureux, provoquer la spermatorrhée accidentelle et passagère au moment de l'expulsion du bol fécal. Cette spermatorrhée mécanique disparaît avec la cause qui lui a donné naissance.

Mais si la spermatorrhée accompagne la miction, si le sperme se mêle aux urines, le cas est plus grave, comme Lallemand (de Montpellier) en avait fait la remarque[1].

« Ces pertes survenant pendant la miction, dit-il, sont les plus graves de toutes, les plus rebelles à la médecine. »

Lallemand, tombant dans le même excès que Tissot à propos de l'onanisme, croyait que la spermatorrhée pouvait déterminer un certain nombre de névroses et de vésanies. Trousseau a remis les choses à leur place et fort bien apprécié le fort et le faible de la doctrine du médecin de Montpellier. « Il n'a pas assez vu, dit-il, que les pertes séminales sont, non pas la cause des névroses diverses qu'il a décrites dans son livre, mais, dans bon nombre de cas, l'expression d'un désordre nerveux qui, se traduisant d'abord par la spermatorrhée, revêtira plus tard des formes beaucoup plus graves. »

Sans dramatiser comme on l'a fait la spermatorrhée, il faut reconnaître que des pertes séminales répétées peuvent entraîner de graves désordres. D'abord les malades ne tardent pas à arriver à la frigidité absolue et à l'impuissance ; souvent même ils sont inféconds, rendant un liquide peu riche en

1. Lallemand. — Des pertes séminales involontaires. 3 vol. Paris, 1836-1842.

spermatozoïdes, ces animalcules eux-mêmes étant déformés et doués d'une faible vitalité.

Les expériences de Brown-Séquard ont d'ailleurs démontré que la liqueur spermatique avait une réelle puissance *dynamogénique;* la perte incessante de cette humeur ne saurait être inoffensive. Et de fait on voit les spermatorrhéiques présenter à la longue un état de faiblesse et de dépérissement inquiétant. Ils sont sans force et sans énergie, incapables de se livrer à une occupation quelconque ; leur fatigue est extrême, leur visage est pâle, leurs yeux sont enfoncés dans les orbites, les traits sont tirés et amaigris ; ils accusent une grande sensibilité au froid ; la digestion se fait mal, l'appétit est diminué, on note des crampes d'estomac, des coliques intestinales, des névralgies diverses, de la constipation, de la flatulence ; ajoutons à cela les palpitations, les essoufflements, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, les troubles de la vue, etc. Ce qui domine en somme, ce n'est pas la cachexie comme on la voit chez les phtisiques, mais la *neurasthénie* avec toutes ses conséquences, l'hypochondrie, la mélancolie, la lypémanie, la tendance au suicide.

Si la spermatorrhée bien souvent n'est qu'une névrose des organes de la génération, une hypochondrie génitale, on a signalé des cas où elle semblerait reconnaître une influence locale : la longueur exagérée du prépuce, le phimosis, l'irritation du gland par le smegma, l'arrêt de développement des corps caverneux, la monorchidie, la cryptorchidie, l'hypo et l'épispadias ; mais toutes ces anomalies génitales ne sont pas purement accidentelles et elles accusent pour la plupart une tare nerveuse profonde et héréditaire.

Dans quelques cas la spermatorrhée dépend de la constipation et guérit avec elle ; elle peut être liée aussi à la présence d'hémorroïdes, d'oxyures vermiculaires, d'ascarides, etc.

Trousseau a bien montré que l'ataxie locomotrice pouvait s'annoncer par des pertes séminales involontaires.

Mais dans la généralité des cas, il y a, comme l'a bien fait voir Trousseau, un rapport étroit entre les névroses et les

troubles génito-urinaires tels que spermatorrhée, onanisme, incontinence d'urine ; on voit très souvent ces diverses manifestations se succéder chez le même sujet ou chez des membres de la même famille ; ou bien l'on trouve, chez les ascendants ou les collatéraux, d'autres névroses, l'épilepsie, l'hystérie, les vésanies.

II

Traitement.

D'après Trousseau, le mécanisme de la spermatorrhée est comparable à celui de l'incontinence d'urine. Tantôt il y a contraction trop énergique des organes sécréteurs, tantôt atonie, et la spermatorrhée serait, suivant les cas, *active* ou *passive*.

Cette distinction peut servir de base au traitement.

S'il y a contraction exagérée des vésicules séminales, il sera indiqué de donner les antispasmodiques, le *bromure de potassium*, le *bromure de camphre*, le *phosphure de zinc*, le *lupulin*, la *belladone*, les *bains chauds*, les *douches sulfureuses chaudes*.

Si l'on soupçonne l'atonie, on prescrira le *seigle ergoté*, la *noix vomique*, la *strychnine*, la *liqueur de Baumé*, les *douches froides*, les *bains de mer*, le *massage*, l'*électrisation* périnéale, etc.

Lallemand considérait la spermatorrhée comme une maladie de cause locale et il pratiquait dans tous les cas la cautérisation au nitrate d'argent de la partie prostatique de l'urètre au niveau du *veru montanum*, c'est-à-dire de l'embouchure des canaux éjaculateurs. Mais cette thérapeutique est loin d'être applicable à la généralité des malades ; il est même rare que la spermatorrhée dépende d'une urétrite, quoique la blennorragie chronique puisse être suivie parfois de pertes séminales involontaires.

La *cautérisation* de la portion prostatique de l'urètre sera donc réservée aux cas où elle est formellement indiquée, c'est-

à-dire aux blennorrhées chroniques avec cystite du col, etc.

Parmi les remèdes locaux qui se sont montrés le plus efficaces, il faut citer la compression de la prostate par la voie ano-rectale.

Chez un jeune homme de vingt-six ans, spermatorrhéique, sur le point de se marier, et en proie au plus grand désespoir, Trousseau employa une sorte d'embout de bois semblable à celui du spéculum, que le patient devait porter dans le rectum, en le maintenant avec des serviettes. Après quinze jours de cette compression prostatique, il y avait une grande amélioration, et après un mois guérison suffisante pour permettre le mariage et la consommation du mariage. Encouragé par le succès, Trousseau perfectionna son instrument; il fit construire par Mathieu une sorte de bondon de métal, ayant la forme d'une olive très allongée, du volume d'un œuf de pigeon ou d'un œuf de poule suivant les cas. Ce bondon allait en s'amincissant en bas sous forme de goulot de 5 millimètres de diamètre, soudé à l'extérieur à une tige plate qui s'appliquait en avant sur le périnée et en arrière sur le coccyx. De cette manière, l'instrument introduit dans le rectum tenait tout seul, sans bandage.

Le même Trousseau raconte qu'il a vu guérir un jeune Irlandais spermatorrhéique par la dilatation forcée de l'anus; ce traitement serait rationnel si la spermatorrhée dépendait d'une fissure anale.

Il faut se rappeler ces moyens mécaniques et chirurgicaux qui pourront trouver leurs indications et soulager les malades; en général, ils ne préviennent pas la récidive, car la névrose subsiste; c'est elle qu'il faut attaquer.

Tous les malades se trouveront bien d'un traitement tonique dont l'hydrothérapie formera la base. Le changement d'air, une cure à *Gérardmer*, à *Divonne*, au bord de la *mer*, la vie à la campagne, pourront leur apporter un grand soulagement.

Les *ventouses* sèches et scarifiées le long de la colonne vertébrale, les *frictions* sèches ou *térébenthinées* sur le corps, le *massage* sont des moyens d'une certaine efficacité à conseil-

ler. Trousseau préconisait encore les badigeonnages de *teinture d'iode*, les *moxas* et les *cautères* sur la colonne vertébrale. Il s'est bien trouvé dans quelques cas des *bains de siège* très chauds, des *sachets de sable chaud* sur le périnée ; ces derniers moyens réussiraient surtout dans la spermatorrhée *active*, la *passive* s'accommodant mieux des bains froids, des douches, de l'électrisation.

Quand on veut appliquer l'électricité à la cure de la spermatorrhée, il faut faire passer un courant galvanique des lombes au pubis, ou du pubis au col de la vessie, au rectum, en se servant d'un mandrin conducteur du courant approprié aux organes. On pourra ainsi réveiller la contractilité des canaux éjaculateurs. On peut quelquefois arriver au même but en laissant dans la vessie une sonde à demeure pendant une heure, ce cathétérisme devant être répété trois ou quatre fois dans la journée, puis suspendu pendant quelques jours (Lallemand). En même temps on s'efforcera d'agir sur le moral des malades en combattant leur tendance mélancolique, et en leur donnant le ferme espoir d'une guérison prochaine. On pourra même conseiller le mariage qui, dans quelques cas, a paru mettre un terme à la spermatorrhée.

La prophylaxie, dans ses grandes lignes, ne diffère pas de celle de l'onanisme : elle est basée sur l'hygiène physique et morale qui convient aux jeunes sujets.

CHAPITRE XIX

TRAITEMENT DE L'ONANISME

PAR

J. COMBY,

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Considérations générales.

L'onanisme ou masturbation consiste essentiellement dans la pratique de frictions ou tractions plus ou moins énergiques sur les organes génitaux externes, dans le but de se procurer un plaisir, une jouissance. Ce vice, très commun chez les enfants du sexe masculin, plus rare chez les filles, devient exceptionnel à l'âge adulte.

Chez le jeune enfant, avant le développement complet des organes génitaux et l'éveil du sens génital, la masturbation ne saurait avoir la même signification que chez les sujets pubères. Lasègue en avait justement fait la remarque. Dans le premier cas l'onanisme pourra n'être souvent qu'une habitude vicieuse, qu'un tic; dans le second il s'élèvera au rang de perversion du sens génital.

La thérapeutique ne saurait être la même dans les deux cas. En présence d'un enfant qui *se touche*, les familles jamais, les médecins trop rarement, ne veulent voir dans cet acte le résultat d'une disposition morbide ou d'une véritable maladie; d'où les moyens coercitifs employés si souvent à tort et à travers.

Dans la première enfance, chez les bébés de dix-huit mois, deux ans, qui ont pris l'habitude de se tirer ou de se secouer la verge, il n'y a pas lieu de se préoccuper de ces mouvements quasi instinctifs; ils n'ont pas plus de valeur que l'acte de téter ou sucer le pouce, si répandu dans ce petit monde ; c'est affaire d'évolution, le temps suffit pour faire disparaître cette sorte de tic, d'habitude maniaque. Y voir le résultat d'une lubricité précoce conduirait à une thérapeutique désastreuse. « Les parents, dit Lasègue, effarés en présence d'actes qui leur paraissent monstrueux et gros de conséquences pour le développement de leur enfant, perdent complètement la tête ; tout ce que leur sollicitude anxieuse, tout ce que la pédagogie, tout ce que les conseils de leur entourage peuvent leur suggérer, ils l'essayent successivement. D'abord la douceur, puis la menace, puis la violence, tout se brise contre l'acte instinctif. Le médecin consulté, loin de ramener le calme dans la famille, vient apporter son contingent de moyens coercitifs. L'enfant, obsédé de toutes parts, ne mange plus, maigrit, tombe malade, les remèdes ont été pires que la maladie. » Et Lasègue conseille de laisser l'enfant tranquille, car, chez lui, la masturbation n'a pas les déplorables conséquences qu'on lui attribue; elle n'a pas de valeur par elle-même, étant la conséquence d'un état nerveux auquel il faudrait s'adresser si l'on voulait faire une thérapeutique rationnelle.

Chez les enfants déjà grands, commençant à avoir conscience de leurs actes, la masturbation devient un vice honteux, dont ils se cachent et qu'ils n'osent avouer. Ce vice est surtout commun dans les collèges de garçons, dans les internats, où il se répand par contagion morale et par imitation.

Parmi ceux qui s'y livrent, il faut distinguer deux catégories principales : les *modérés* qui suivent les autres, sans passion, sans enthousiasme ; ceux-là ne vont pas bien loin dans la voie de l'onanisme et n'en souffriront guère; les *effrénés*, qui donnent l'exemple et se livrent avec acharnement à leur habitude funeste. Ces derniers ne sont pas des enfants normaux, mais des prédisposés, des nerveux, des cérébraux héréditaires.

L'onanisme, chez eux, n'est pas la cause, mais la conséquence de leur nervosisme. Tissot, qui, au siècle dernier, a fait un tableau si effrayant de l'onanisme, n'a pas vu l'enchaînement des faits et n'a écrit qu'un livre de fantaisie.

L'onanisme vrai, comme l'a bien vu Lasègue, est le symptôme d'un état morbide, d'une névrose cérébrale, il ne conduit pas à la vésanie, il en procède plutôt. Il est commun chez les idiots, les arriérés, les épileptiques. Il est rare, et à coup sûr sans effet durable, chez les enfants sains et bien équilibrés dans leur système nerveux. Chez tout masturbateur, il y a donc un côté cérébral à étudier, à rechercher, à traiter.

En dehors de la prédisposition nerveuse héréditaire, il faut bien reconnaître que l'onanisme est occasionné quelquefois par des irritations locales passagères ou permanentes des organes génitaux externes. Un prépuce trop long et trop étroit, en favorisant l'irritation du gland par l'humidité qu'il entretient et par les malpropretés qui s'accumulent dans cette sorte de poche, des adhérences balano-préputiales, des vices de développement peuvent conduire à l'onanisme. L'enfant, en effet, sollicité par les démangeaisons, par la douleur qu'il éprouve, porte incessamment la main à la verge, la tiraille, la secoue, et se trouve ainsi initié à la pratique de la masturbation.

La vulvite, la vulvo-vaginite, chez les petites filles, peut être la cause comme l'effet de la masturbation. J'en dirai autant de l'urétrite et de la balano-posthite des petits garçons. De même la présence accidentelle des oxyures vermiculaires qui, surtout chez les filles, vont si aisément de l'anus à la vulve, pourra être le point de départ de l'onanisme. Il faut ajouter, à ces causes locales, les douleurs à distance que les calculs vésicaux entraînent du côté du gland et de la partie antérieure de l'urètre, et l'excitation que produit parfois une constipation opiniâtre. Mais, à tout prendre, ces causes agissent rarement et sont presque négligeables.

J'ai vu plusieurs enfants masturbateurs dont le phimosis ou les adhérences balano-préputiales étaient incriminés et chez lesquels la circoncision, la libération de ces adhérences res-

tèrent sans effet. On peut admettre, il est vrai, que l'effet a bien pu survivre à la cause, celle-ci ayant donné le signal de l'habitude vicieuse qui se continue, malgré la cessation de l'influence déterminante.

Quant aux conséquences morbides de l'onanisme, elles sont souvent très discutables et très incertaines. Sans doute on pourra voir, à la suite de la masturbation, les enfants devenir pâles, anémiques, accuser des palpitations de cœur, des essoufflements, des troubles digestifs, des accidents nerveux. L'appétit diminue, devient capricieux, les aptitudes digestives faiblissent, les traits sont tirés et amaigris, le sommeil s'en va, la mémoire baisse, la vue se trouble, la marche devient incertaine, la tête se prend et l'enfant est en proie aux éblouissements, aux bourdonnements, aux vertiges. Il devient apathique, inerte, incapable de tout effort physique ou cérébral, il s'abrutit, a des idées noires, tourne à la mélancolie, etc.

Ce tableau symptomatique, poussé au noir par Tissot, est bien rarement réalisé, et si l'onanisme en soi et dans ses effets est un mal, il faut bien reconnaître que ce mal n'est heureusement pas aussi grand qu'on l'a dit. J'ai vu bien souvent des enfants prévenus d'onanisme, et jamais je n'ai pu saisir de véritable maladie imputable à cette habitude vicieuse.

Voilà pour les enfants. Quant aux adultes qui se livrent à la masturbation, il en est bien peu qui en éprouvent un dommage sérieux. Avec l'âge l'habitude s'affaiblit et se perd, et l'onanisme peut être alors remplacé par la spermatorrhée, l'impuissance et d'autres névroses génitales. Ces réserves faites sur l'importance clinique de l'onanisme, minime comparativement à son importance pédagogique, il convient d'insister sur le traitement et la prophylaxie de l'affection.

II

Traitement.

Le traitement de l'onanisme exige de la part du médecin beaucoup de tact et de mesure. S'il s'agit d'un tout jeune

enfant, d'un inconscient, le mieux est de n'y pas prendre garde et de laisser au temps le soin de remédier à la maladie. Il faut éviter surtout l'exagération, l'effarement dont ne savent pas se défendre les familles, et envisager la situation avec calme et sang-froid. Après tout les choses n'ont pas l'importance qu'on leur attribue généralement. On exercera sur l'enfant une surveillance discrète, on cherchera à le distraire, et, sans violence, on pourra mettre obstacle à l'acte instinctif auquel il a l'habitude de se livrer.

Il aura, pour la nuit, de longues chemises entourant tout le corps de façon qu'il ne puisse se découvrir. On s'assurera que ses vêtements ne gênent pas les parties génitales. Au besoin on attachera les mains.

On examinera avec soin les régions ano-génitales ; on s'assurera qu'il n'y a pas d'oxyures vermiculaires ni d'autres causes d'irritation locale. Si l'enfant a un phimosis, ou des adhérences préputiales, il sera indiqué de faire la circoncision, de détacher les adhérences, de nettoyer avec soin le gland et le prépuce. Si ces moyens chirurgicaux mettent un terme à la masturbation, tant mieux ; s'ils échouent, ils n'auront du moins pas fait de mal.

Quand l'enfant sera plus grand, quand il ira à l'école, au collège, la surveillance devra être plus attentive, sans être indiscrète et obsédante. Chaque enfant devra avoir son lit particulier ; on ne permettra jamais que deux enfants couchent dans le même lit. Pas de raffinement pour la literie, matelas durs ; grande régularité pour les heures du coucher et la durée du séjour au lit. Pendant les classes et les études, la surveillance sera facilitée par une bonne installation du mobilier scolaire et par la limitation du nombre des écoliers. L'encombrement rendrait cette surveillance très difficile ou même impossible.

Pendant les récréations, on devra s'assurer que les enfants jouent avec entrain, qu'ils ne s'isolent pas dans les coins, dans les cabinets d'aisance. On cherchera à éveiller en eux le goût des exercices du corps, des jeux de plein air. Cette déri-

vation physique sera des plus heureuses et des plus efficaces. La gymnastique, l'hydrothérapie, les parties de campagne, les excursions, les bains de mer, sont à recommander. On s'assurera que les enfants digèrent bien et vont régulièrement à la garde-robe; on ne les nourrira pas trop fortement, on supprimera les viandes saignantes, les mets épicés, les boissons alcooliques. Pas de désœuvrement, des occupations pour le corps et pour l'esprit. Chez les enfants très nerveux, on a essayé avec succès la suggestion (A. Voisin).

Chez les filles, l'onanisme est plus rare et a moins d'inconvénients que chez les garçons; cependant il peut s'élever quelquefois à une très haute puissance, et, pour y mettre un terme, on a été jusqu'à proposer et jusqu'à pratiquer la clitoridectomie. Cette opération a été faite au moins une fois avec succès par Lawson Tait. Il faudrait se garder de généraliser ce traitement. La méthode sanglante est contre-indiquée dans l'immense majorité des cas.

Comme nous l'avons déjà dit du reste, quand l'onanisme est grave, il est symptomatique d'une affection nerveuse, d'un état cérébral qui doit être soigné avant tout. Ce n'est donc pas la masturbation en elle-même qu'il faut viser, mais la débilité mentale, l'hystérie, l'épilepsie, qui la tiennent sous leur dépendance. Il faut se garder surtout des moyens coercitifs et des mesures de rigueur. « Appelés dans un pareil cas, dit Lasègue, vous devez avoir le courage de réagir contre les tendances des parents, tendances qui reposent sur des préjugés absurdes, entretenues à plaisir par les médecins ignorants. Vous devez garder votre sang-froid, calmer les emportements des proches, rétablir la paix dans la famille et délivrer immédiatement l'enfant de toutes les entraves que la bienveillance paternelle aura imaginées. »

Les médicaments anaphrodisiaques, le *camphre*, les *bromures*, le *lupulin*, ne me paraissent pas avoir les vertus qu'on leur a attribuées. Quant aux appareils de *contention* imaginés par les anciens, ils doivent être relégués dans les musées spéciaux. A qui ferait-on accepter aujourd'hui l'*infibulation* qui

consistait à passer dans le prépuce des garçons, dans les grandes lèvres des filles, un anneau de métal? Que dire des ceintures de chasteté?

Tous les *appareils* ayant pour but d'emprisonner les organes génitaux pour rendre impossible le contact onanistique, sans empêcher l'écoulement des urines et des menstrues, sont inefficaces et parfois dangereux en eux-mêmes. « J'hésite à croire que ces appareils, dit J. Christian, si ingénieux qu'ils soient, remplissent leur but. Ils ont, à mon sens, un immense inconvénient, celui d'imposer une gêne, une contrainte continuelle, qui ne fait que surexciter l'imagination, et porte le patient à s'ingénier de toutes façons pour s'y soustraire. On connaît l'histoire de cette petite fille de sept ans, à laquelle on avait dû appliquer une ceinture de ce genre, et qui, en introduisant une longue plume dans l'instrument, parvenait néanmoins à se masturber. »

C'est en vain qu'on essaiera d'effrayer les masturbateurs par des *pointes de feu* sur le scrotum, par des onctions d'*huile de croton* sur le prépuce et le gland; la souffrance empêchera bien momentanément l'onanisme, mais l'enfant ne tardera pas à retomber dans son péché habituel.

« Je ne saurais trop le redire, ajoute J. Christian, et c'est par là que je termine : les moyens locaux, si bien entendus qu'ils soient, ne seront jamais que des palliatifs insuffisants. L'hygiène seule, dans laquelle les moyens moraux et les moyens physiques seront sagement combinés, pourra prévenir l'onanisme accidentel, ou, s'il existe, le guérir. Quant à l'onanisme pathologique, qui n'est qu'un résultat, qu'une conséquence d'un état morbide, général ou local, il ne disparaîtra que si cet état morbide lui-même est profondément modifié. »

Quand les adultes se livrent à l'onanisme, ou bien cela tient à une continence voulue ou imposée, et la passion ne va pas loin ; ou bien la pratique vicieuse est subordonnée à une tare cérébrale. Dans le premier cas, il suffira d'user de persuasion, de faire entrevoir les fâcheux effets de cette habitude honteuse pour y remédier. Dans le second cas, l'action curative

sera plus incertaine, et il faudra s'appliquer à fortifier le système nerveux par une bonne hygiène, par l'hydrothérapie, par les antispasmodiques quand l'excitabilité est exagérée.

Avant de passer à l'étude de la prophylaxie, il convient de dire quelques mots de la *nymphomanie*, très voisine de l'onanisme, et caractérisée surtout par l'exaltation de l'appétit vénérien.

A. Lutaud, qui a une compétence reconnue dans toutes ces questions intéressantes pour la gynécologie plus que pour la médecine générale, donne les conseils suivants [1] : on recherchera les causes locales capables d'entretenir le prurit vulvaire : vaginite, végétations, vulvite, eczéma, syphilis, herpès. On ne négligera pas les causes générales et surtout le diabète. On prescrira, chez les femmes nerveuses et excitables, les *bromures* et les *opiacés* :

℞ Bromure de strontium	10 grammes.
Extrait thébaïque	5 centigr.
Teinture de jusquiame	2 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	90 —

M. S. A.

Une cuillerée à soupe chaque soir.

On pourra la remplacer par une cuillerée de la mixture suivante :

℞ Bromure de potassium	4 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1
Camphre	25 centigr.
Émulsion sucrée	190 grammes.

M. S. A.

S'il y a de l'insomnie, on ajoute du *chloral* :

℞ Hydrate de chloral Bromure de strontium	aā	5 grammes.
Extrait de jusquiame — thébaïque — de chanvre indien	aā	3 centigr.
Sirop d'écorces d'oranges		100 grammes.

M. S. A.

1. A. Lutaud. — *Journal de médecine de Paris*, 18 oct. 1896.

On fera chaque soir sur la vulve des lotions avec :

℞ Chlorhydrate de cocaïne.....	2	grammes.
Eau de laurier-cerise.....	4	—
Eau distillée.....	100	—

M. S. A.

Ou des onctions avec :

℞ Chlorhydrate de cocaïne.....	2	grammes.
Vaseline blanche.....	20	—
Essence de rose.....	1	goutte.

M. S. A.

Les *douches froides* sont très recommandables ainsi qu'une cure à *Néris* ou à *Royat*. Enfin Lutaud conseille le mariage, interdit l'isolement, la lecture des ouvrages licencieux, les théâtres. Les malades doivent voyager en compagnie, vivre à la campagne, aller aux bains de mer, etc.

Dans les cas graves, il a vu la *clitoridectomie* ou la *nymphotomie* (excision des petites lèvres trop grandes) donner de bons résultats.

III

Prophylaxie.

La prophylaxie s'inspire des mêmes principes que le traitement, c'est à l'hygiène physique et morale qu'il faut s'adresser avant tout.

Pour les tout petits enfants, une propreté minutieuse et quotidienne des régions anales, périnéales et génitales sera le meilleur préservatif. La toilette des organes génitaux externes, tant chez les filles que chez les garçons, ne devra jamais être négligée, afin de les soustraire à toute cause d'excitation locale.

Plus tard, quand les enfants sont grands, quand leur sens génital commence à s'éveiller, on devra leur épargner les spectacles, les lectures, les conversations de nature à favoriser prématurément la mise en œuvre et la perversion de ce sens. La lecture des romans contemporains, presque tous remplis de descriptions lubriques et de scènes profondément immo-

rales, devra être absolument interdite. Dans les collèges d'internes, c'est surtout par le livre que la corruption s'introduit. Tel conte licencieux de Boccace, de Lafontaine, de Balzac, de Voltaire, pour ne citer que les anciens, a conduit bien des collégiens à la pratique de l'onanisme. Les images lascives ne sont pas moins pernicieuses à ce point de vue. Le théâtre contemporain est funeste aux jeunes gens. Tous les hommes qui s'occupent de pédagogie le savent bien et la plupart font leur possible pour préserver les enfants qui leur sont confiés de toutes ces influences démoralisantes. Le danger n'est pas seulement dans le livre, dans le journal, au théâtre; il est encore dans les rues de nos grandes villes, qui outragent impunément la pudeur des femmes et des enfants par l'affiche murale, par le journal illustré, par les provocations de toute sorte.

Les moralistes de notre époque n'ont pas manqué de réclamer des mesures législatives ou policières pour mettre un terme à l'immoralité de la voie publique. Ils n'ont pas obtenu tout ce qu'ils demandaient. Le médecin, avec son autorité particulière, doit concourir à leur propagande. Car, plus que d'autres, il est à même de mesurer les conséquences physiologiques des abus dont on se plaint.

CHAPITRE XX

TRAITEMENT DU RHUMATISME CHRONIQUE

PAR

P. BOURCY,

Médecin de l'hôpital Tenon.

I

Aperçu nosologique.

Le terme de rhumatisme chronique ne correspond point à une entité morbide. Il faut n'y voir qu'une expression aussi vague que commode, et par suite volontiers employée, s'appliquant aux affections les plus disparates, telles que : arthropathies consécutives au rhumatisme articulaire aigu ou rhumatisme chronique simple, nodosités d'Heberden, rhumatisme chronique partiel, rhumatisme fibreux, polyarthrite déformante ou rhumatisme noueux.

Ces affections, il est vrai, présentent, au premier aspect, de frappantes analogies : même localisation sur les tissus articulaires et périarticulaires, même processus lent et progressif, même évolution à la fois destructive, proliférante et déformante, avec peu ou pas de tendance à la résolution, et amenant en définitive, tant par les altérations osseuses que par les rétractions tendineuses et les atrophies musculaires, une impotence fonctionnelle plus ou moins complète, une infirmité plus ou moins irrémédiable.

Mais si, laissant de côté les ressemblances symptomatiques,

on cherche à préciser les conditions pathogéniques et étiologiques de ces affections en apparence congénères, alors on voit éclater des différences profondes.

Il convient tout d'abord de mettre à part le rhumatisme chronique fibreux : c'est une affection fort rare (car depuis la description de Jaccoud en 1867, les observations ne s'en sont guère multipliées), frappant d'ordinaire les sujets encore jeunes, succédant parfois à des attaques réitérées de rhumatisme articulaire aigu, mais se montrant aussi tout à fait indépendante de cette maladie, caractérisée surtout par des altérations trophiques des os, des ligaments et des muscles, et en somme, il faut le reconnaître, complètement inconnue dans sa nature et dans ses causes. C'est dire qu'à l'heure actuelle, il serait téméraire de la faire rentrer dans un cadre nosologique quelconque.

Les autres arthropathies chroniques précédemment énumérées sont mieux connues, quoique l'histoire en soit encore bien obscure. On peut toutefois tenter d'en ébaucher une classification, à titre provisoire tout au moins. Elles nous paraissent susceptibles d'être rangées dans deux catégories distinctes : dans la première, se placeront le rhumatisme chronique simple, le rhumatisme d'Heberden et le rhumatisme chronique partiel, affections d'ordre diathésique, ressortissant à l'arthritisme ; dans la seconde, le rhumatisme noueux, véritable maladie autonome, n'ayant de rhumatisme que le nom, méritant d'être considérée, comme l'a dit si excellemment Bouchard, comme le premier des faux rhumatismes, et que, de ce fait et pour éviter toute équivoque, nous voudrions, avec nombre d'auteurs, voir désigner sous le nom de polyarthrite déformante progressive.

Examinons brièvement les raisons d'être de notre premier groupe, le groupe arthritique. Peut-être s'étonnera-t-on d'y voir figurer le rhumatisme chronique simple, celui qui succède au rhumatisme articulaire aigu franc. Nous n'ignorons pas en effet que la tendance actuelle est de détacher de l'arthritisme le rhumatisme articulaire aigu, la polyarthrite aiguë fébrile

primitive, pour en faire une maladie distincte, de nature parasitaire, analogue aux pyrexies infectieuses. Mais outre qu'il n'y a encore là, à l'heure actuelle, qu'une hypothèse très séduisante, et nous le reconnaissons volontiers, très vraisemblable, il n'en demeure pas moins certain, au point de vue clinique, que cette maladie parasitaire, si parasite il y a, ne se développe pas indifféremment sur tous les terrains, et affecte une prédilection presque exclusive pour les sujets qui présentent dans leurs antécédents personnels ou héréditaires une ou plusieurs des affections qui relèvent de l'arthritisme. Les notions modernes ont donc pu modifier la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, elles n'en ont point altéré l'ancienne étiologie.

Si donc le rhumatisme articulaire aigu ne nous semble pas devoir être séparé de l'arthritisme, le rhumatisme chronique simple, qui en est la conséquence assez rare d'ailleurs, doit logiquement subir la même fortune.

La nature arthritique du rhumatisme chronique partiel et des nodosités d'Heberden est bien moins contestée. S'il est vrai que ces affections ne succèdent que rarement au rhumatisme articulaire aigu et ne sont guère compliquées par lui, on les voit par contre en relation étroite avec la migraine, le lumbago, la névralgie faciale, la goutte (Duckwort, Charcot, Œttinger), le diabète, l'obésité, l'asthme, l'eczéma, toute la série arthritique en un mot, soit que ces maladies se retrouvent dans les antécédents personnels, soit qu'il faille les rechercher dans les antécédents héréditaires du malade.

On voit donc que notre classification repose sur la base étroite peut-être, mais en tout cas solide, des affinités morbides.

Ce sont encore ces affinités qui nous permettent de caractériser notre deuxième classe, où se trouve seulement le rhumatisme noueux. Ici les affinités sont toutes différentes ; le rhumatisme noueux ne succède pas au rhumatisme articulaire aigu et n'est pas compliqué par lui ; il ne coïncide ni avec le rhumatisme chronique partiel, ni avec les nodosités d'Heber-

den ; il n'a, chez l'individu ou ses ascendants, que des relations fortuites, ou du moins tout à fait exceptionnelles, avec la goutte, la gravelle, le diabète, l'asthme, etc. Mais par contre, il se montre chez d'anciens scrofuleux, et coexiste volontiers avec la phtisie et l'albuminurie chroniques. C'est avant tout une maladie de déchéance, et si l'on en veut préciser les conditions étiologiques, on trouve la misère, les privations, le séjour prolongé dans une habitation humide, les grossesses répétées, la lactation fréquente ou prolongée, et aussi certaines infections : toutes causes plus ou moins efficaces de déchéance organique.

Il est donc facile de détacher le rhumatisme noueux des arthropathies chroniques relevant de l'arthritisme. Mais si l'on veut en préciser la nature et en déterminer la cause prochaine, alors l'incertitude commence.

Si l'on considère que cette singulière affection se développe d'une façon symétrique ; qu'elle évolue de l'extrémité vers la racine du membre, en attaquant successivement les petites, les moyennes et les grandes articulations ; que le développement, soumis à des règles à peu près fixes, en est progressif et systématique ; que les rétractions tendineuses, les atrophies, les scléroses, les contractures musculaires se limitant à des groupes toujours les mêmes et reproduisant des attitudes réductibles à un petit nombre de types, jouent dans les déformations un rôle au moins égal à celui des altérations osseuses ; que ces altérations osseuses ont pour caractère prédominant la raréfaction du tissu, l'ostéoporose, un rapprochement s'impose entre ces arthropathies et celles que l'on observe dans certaines affections nerveuses, à la suite des hémiplégies, au cours du tabes et de la maladie de Parkinson. De là à faire du rhumatisme noueux une trophonévrose, il n'y a qu'un pas et il est bien tentant de le franchir. Beaucoup d'esprits, et des meilleurs, n'ont pas hésité ; d'aucuns même ont localisé la lésion aux cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle (Massalongo), tandis que d'autres incriminaient les nerfs périphériques (Pitres et Vaillard). Il faut convenir pour-

tant qu'il n'y a là qu'une hypothèse. Les autopsies ne sont pas encore suffisamment nombreuses et concluantes. Il ne faut pas oublier non plus que certaines maladies, réputées nerveuses sans conteste, comme la maladie de Parkinson, manquent de substratum anatomique : il faut donc admettre qu'il s'agit d'altération d'ordre dynamique. Rien n'empêche de supposer qu'il pourrait en être de même pour le rhumatisme noueux. D'ailleurs, même si l'influence pathogénétique du système nerveux central ou périphérique était formellement démontrée, il resterait encore à préciser la nature et le mécanisme de ces altérations. Peut-être conviendrait-il à ce propos de faire entrer en ligne de compte la notion de l'infection. On sait que, dans ces dernières années, maintes affections nerveuses, la sclérose en plaques par exemple, ont été reconnues tributaires de l'infection; si l'on songe, d'autre part, que la polyarthrite déformante se montre volontiers à la suite d'infections variées, la blennorragie, la scarlatine, la puerpéralité, peut-être est-il logique de faire remonter à ces maladies l'origine des altérations nerveuses qui se traduisent ultérieurement par les troubles trophiques des articulations.

A côté de ce rôle dévolu à l'infection, il convient aussi de placer celui des toxines microbiennes ou élaborées par l'organisme lui-même : il ne faut pas oublier en effet que la polyarthrite déformante apparaît fréquemment, comme nous l'avons rappelé plus haut, à la suite des grossesses répétées, des allaitements prolongés, des privations de toute nature, conditions éminemment favorables à la production de troubles nutritifs ayant comme corollaire l'auto-intoxication.

Quoi qu'il en soit, on peut du moins, dès à présent, entrevoir l'importance que prennent, dans la genèse du rhumatisme déformant, les grands processus de l'infection et de l'intoxication.

La polyarthrite déformante doit donc être rangée dans un cadre spécial, qui n'est pas celui de l'arthritisme. Peut-être pourtant cette distinction est-elle trop radicale. C'est ainsi

qu'Œttinger[1], dans un travail récent, s'appuyant sur les idées de Charcot et de Marie, se demande si le rhumatisme noueux lui-même ne doit pas être dissocié, et s'il ne convient pas d'y distinguer *au moins* deux affections différentes : l'une, le rhumatisme noueux vrai (polyarthrite déformante progressive), apparaissant à tous les âges de la vie, sans affinité avec l'arthritisme; l'autre, le rhumatisme noueux des vieillards (rhumatisme déformant sénile), d'une évolution insidieuse, coïncidant parfois avec le rhumatisme d'Heberden et semblant se rattacher à l'arthritisme.

De ce court aperçu nosologique, il ressort surabondamment de quelles obscurités est encore entourée la question des rhumatismes chroniques; ainsi n'est-ce qu'à titre d'ébauche, de classification provisoire, que nous acceptons le groupement suivant :

A. — *Rhumatismes chroniques diathésiques*, de nature arthritique : rhumatisme chronique simple, rhumatisme d'Heberden, rhumatisme chronique partiel, — et (?) rhumatisme noueux des vieillards.

B. — *Rhumatisme chronique non diathésique* : polyarthrite déformante, progressive, maladie autonome.

C. — *Rhumatisme chronique non sérié* : rhumatisme fibreux.

Ces distinctions ont surtout un caractère théorique : car, dans le traitement des rhumatismes chroniques, il y a des indications générales, qui ne varient guère avec la nature de l'affection : mais il y a aussi, pour chaque variété, des indications particulières que, chemin faisant, nous aurons soin de signaler.

II

Traitement.

Le traitement des rhumatismes chroniques, à quelque variété qu'ils appartiennent, exige de la part du malade et aussi

1. W. Œttinger. — Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte, Paris, 1896.

du médecin, une patience à toute épreuve et une constance inaltérable. La guérison complète, il faut avoir le courage de l'avouer, est exceptionnelle ; aussi le problème consiste-t-il bien moins à guérir dans le sens absolu du mot, qu'à soulager, à atténuer certaines manifestations, notamment les manifestations douloureuses, à retarder ou enrayer une évolution naturellement progressive, à diminuer autant que possible les gênes et impotences fonctionnelles, à conjurer enfin une infirmité toujours menaçante. Et encore, pour obtenir ce résultat, si imparfait qu'il soit, faut-il une suite dans les idées, une persistance dans les médications, que l'on rencontre rarement dans la pratique. Aussi le médecin appelé près d'un rhumatisant chronique ferait-il bien d'insinuer, dès le début, qu'on ne doit pas attendre d'un traitement, si rationnel qu'il soit, un soulagement immédiat, ni même rapide ; que c'est par semaines, par mois, par années qu'il faut compter, et qu'à ce prix seulement un résultat est possible. C'est dire combien est délicate la tâche du médecin : il peut néanmoins beaucoup, et nous allons indiquer successivement ce qu'il doit demander à l'hygiène générale, au traitement externe, au traitement interne.

A. — HYGIÈNE GÉNÉRALE.

L'hygiène joue un rôle important dans le traitement du rhumatisme chronique : sans doute, les précautions que nous allons indiquer ne seront pas toutes ni toujours facilement réalisables, mais on devra faire en sorte de ne s'en écarter que le moins possible.

L'*habitation* sera choisie dans un climat sec, à une altitude moyenne, loin d'un cours d'eau ou d'une nappe stagnante.

A la campagne, on fuira les ombrages trop épais qui entretiennent l'humidité et interceptent la lumière, et dans les villes, les rues ou cours étroites et sombres et avant tout les rez-de-chaussée. Les murs de la maison devront être bien secs, c'est dire qu'il faudra éviter les locaux récemment édifiés ou réparés.

La *chambre* du malade sera vaste, exposée au midi, bien éclairée, d'une aération facile et munie d'une cheminée qui sera le seul moyen de chauffage et contribuera en outre à la ventilation. Pas d'alcôve, ni de rideaux, ni de tentures. Le *lit* ne sera pas accolé au mur.

Les *vêtements* devront être de laine, en toute saison ; il y aura avantage à porter, non seulement un gilet de flanelle, mais encore un caleçon ou pantalon de même tissu. Les jointures les plus atteintes seront aussi recouvertes de flanelle, (bandes, genouillères, etc...). Certains médecins recommandent même les draps de flanelle, ou tout au moins de coton, de préférence aux draps de fil.

L'*alimentation* sera variée, également animale et végétale : on proscrira les mets trop épicés, les salaisons, le gibier, les crustacés, les truffes, les légumes et fruits acides, etc. ; on insistera par contre sur le laitage, les légumes verts, les fruits cuits... Les *boissons* les meilleures seront l'eau naturelle ou faiblement alcaline, le lait, le vin blanc très étendu d'eau, la bière ou le cidre légers. Le thé, le café, les liqueurs seront rigoureusement interdits.

L'*exercice* sera régulier, lentement progressif, sans à-coup. Avant tout, le malade doit faire fonctionner les jointures atteintes ou simplement menacées ; il ne peut que perdre à l'immobilité. S'agit-il des jambes, il faut qu'il marche, en s'aidant au besoin de béquilles, en poussant une chaise devant lui (Trastour), en s'appuyant sur les meubles ou sur un bras complaisant ; et cela, en dépit de la douleur et des craquements ou froissements articulaires. Assis, il doit donner aux mouvements le plus d'amplitude possible, faire alterner la flexion et l'extension et, lorsque ces mouvements deviennent bornés, avoir recours aux mains pour les porter à leur limite extrême. S'agit-il des mains, il doit s'astreindre aux exercices les plus variés ; rouler une sphère entre les doigts, croiser les mains, faire chevaucher chaque doigt sur son voisin, etc., etc. L'ingéniosité du malade, pour cette gymnastique rationnelle, sera d'ailleurs souvent supérieure à celle du médecin. Cette néces-

sité du mouvement n'est que la déduction logique d'une ancienne remarque de Charcot : dans les cas de rhumatisme déformant, la main gauche, dont l'usage est relativement limité, est toujours plus complètement et plus promptement envahie que la main droite, dont la nécessité ou l'habitude entretiennent l'activité.

B. — TRAITEMENT EXTERNE.

Le traitement externe se compose du massage, de l'électrisation, des bains, des cures thermales et exceptionnellement de l'intervention chirurgicale.

1° Massage.

Le massage est le complément naturel de la gymnastique rationnelle que nous avons précédemment indiquée. Il a pour but et pour effet de favoriser la résorption des infiltrations périarticulaires et surtout de combattre les amyotrophies. Aussi faut-il bien se garder de le limiter aux jointures malades et aux insertions tendineuses : c'est sur le muscle lui-même qu'il convient d'agir. Ce massage généralisé a aussi l'avantage d'activer la circulation et les échanges nutritifs. Dans le même but, il sera utile d'y adjoindre les frictions générales au gant de flanelle ou de crin, ou au tampon de laine légèrement humecté d'*alcoolat de lavande*, d'*eau de Cologne*, de *baume de Fioravanti*, d'*essence de térébenthine*, etc... Ces divers moyens ne devront être employés qu'en dehors des poussées aiguës, mais les séances seront fréquentes, quotidiennes, s'il est possible. Le massage qui suit un bain est particulièrement favorable. Les résultats seront d'autant plus appréciables que le sujet sera plus jeune et la maladie moins avancée. Dans les arthropathies consécutives au rhumatisme aigu, le succès est la règle ; dans la polyarthrite déformante, l'échec est au contraire fréquent.

2° Électrisation.

L'électrisation sous tous ses modes peut rendre des services,

Les courants *faradiques* conviennent surtout aux rhumatismes avec atrophie musculaire. Appliqués sur le muscle qu'ils forcent à se contracter, ils en activent la circulation et modifient la nutrition.

Les courants *galvaniques*, très préconisés, ont une action complexe : ils diminuent la douleur, combattent les atrophies et rétractions et aident même à la résorption des nodosités. Les règles de leur emploi ont été formulées par Boudet (de Paris) dans une note insérée dans la thèse de Lacaze-Dori. C'est à cette note fréquemment citée que nous empruntons les préceptes suivants : « Appliquer le pôle positif représenté par une large plaque mouillée, sur la région cervico-dorsale (pour les membres supérieurs ou dorso-lombaire pour les membres inférieurs) ; plonger les extrémités malades dans un bassin de porcelaine plein d'eau légèrement salée et à la température du corps ; mettre cette eau en communication avec le pôle négatif de la pile au moyen d'une plaque métallique et d'un fil conducteur. Les séances seront quotidiennes pendant les premiers mois, puis à intervalles de plus en plus éloignés. Leur durée sera de dix à quinze minutes. L'intensité du courant variera de 8 à 25 milliampères.

Le *bain électrique* donnera des résultats analogues : tantôt on se contentera de l'immersion simple, tantôt il y aura avantage à faire saisir au malade une poignée métallique reliée au pôle négatif du courant.

Ces applications de l'électricité sont fort logiques, mais souvent difficiles à réaliser, car elles nécessitent un outillage compliqué et une compétence médicale particulière : aussi l'usage en sera-t-il nécessairement restreint.

3° Bains.

Les bains ont toujours joui d'une grande faveur dans le traitement des rhumatismes chroniques : très variés dans leur

nature et leur mode d'application, ils ont besoin d'être décrits avec quelques détails.

Les *bains simples*, qui n'agissent que par leur température plus ou moins élevée, ont une efficacité incontestable, surtout dans le rhumatisme chronique simple; dans les cas de rhumatisme noueux, les résultats, sans être aussi satisfaisants, ne sont cependant pas négligeables.

Nous recommandons tout particulièrement les bains très chauds, donnés suivant la méthode dont Lasègue a minutieusement établi les règles : ces bains seront donnés tous les deux jours pendant plusieurs mois, en dehors des poussées douloureuses; leur durée n'excédera pas trente minutes ; la température à l'entrée sera modérée, 37° ou 38°, et graduellement élevée au maximum utile, ordinairement 45°, exceptionnellement 48°. Ce degré maximum ne sera pas maintenu au delà de dix minutes. Le malade ne devra éprouver aucune sensation pénible ; au sortir du bain, il sera porté dans son lit et abandonné à lui-même, modérément couvert, sans rien faire pour exagérer la sudation qui se produit naturellement à ce moment.

Les bains locaux à haute thermalité, quoique moins efficaces que les bains généraux, peuvent aussi être conseillés.

Les *bains médicamenteux* sont d'espèces très diverses : bains alcalins (carbonate de soude, 250 grammes), bains sulfureux (polysulfure de potassium, 30 à 150 grammes), bains gélatineux (colle blanche de poisson, 250 à 300 grammes), bains aromatiques (espèces aromatiques, 1 kilo pour 5 litres d'eau), etc., etc. Ces bains nous paraissent agir bien plus par leur température que par les substances dissoutes : nous devons pourtant une mention spéciale aux bains arsenicaux préconisés par Guéneau de Mussy. En voici la composition :

℞ Arséniate de soude.....	1 à 8	grammes.
Sous-carbonate de soude.....	100 à 150	—
Gélatine.....	200 à 300	—

Pour un bain de 300 litres.

Ces bains, qui conviennent surtout au rhumatisme noueux, à condition que la chronicité en soit bien établie, doivent être

donnés tous les deux jours au début du traitement, puis jusqu'à cinq jours de suite, s'ils sont bien supportés, c'est-à-dire s'ils ne provoquent ni réveil des douleurs, ni agitation, ni insomnie, ni sensation de chaleur ou de prurit à la peau, ou tout au moins si ces symptômes d'excitation sont peu manifestes.

Cette médication sera reprise deux fois par an, au printemps et à l'automne, par série de quinze à vingt-cinq bains. La température du bain sera de 35° et sa durée assez longue, trois quarts d'heure à une heure et demie.

Les *bains de vapeur* peuvent être généraux ou locaux. Les bains généraux se donnent à l'étuve humide ou dans des caisses spéciales dont la tête émerge seule, ou encore dans le lit au moyen de couvertures soutenues par des cerceaux.

Les bains locaux de vapeur, les douches locales, les fumigations aux baies de genièvre sont des variétés de la même méthode.

Les *bains d'air chaud* se donnent à l'étuve sèche. Il faut en rapprocher les bains thermo-résineux, pris aussi à l'étuve sèche ou dans des appareils à sudation dont l'air est chargé de résines provenant de copeaux de pin, de térébenthine, de goudron, etc., etc.

L'air chaud a été encore récemment appliqué sous forme de bains locaux surchauffés. Cette méthode, pratiquée d'abord en Angleterre, puis plus récemment en France par Oulmont, Landouzy, Déjerine, paraît convenir à des affections variées : goutte, entorse, rhumatisme articulaire aigu, raideurs articulaires consécutives à des traumatismes ou à des processus inflammatoires, rhumatisme blennorragique, rhumatisme chronique déformant, etc.

Le membre malade est enfermé dans un cylindre métallique (appareil Tallerman-Sheffield) au contact immédiat duquel il est soustrait pour un petit matelas d'amiante[1]. L'air intérieur du cylindre peut être porté au moyen d'une

1. Voy. pour plus de détails le travail de E. Chrétien : De l'emploi thérapeutique des bains locaux d'air sec chaud, *Semaine médicale*, 1896, p. 693.

rampe de gaz à la température de 300° Farhenheit, soit 141° centigrades. Un thermomètre permet de suivre cette ascension de la température ; quand le malade accuse une sensation de brûlure, il faut ouvrir un instant le cylindre pour que l'air intérieur saturé de vapeurs par la sudation du membre puisse être remplacé par de l'air sec, car c'est seulement dans l'air sec que de si hautes températures peuvent être supportées.

La durée du bain varie d'une demi-heure à une heure.

Les résultats observés sont les suivants : diaphorèse abondante non limitée au membre en contact avec l'air chaud, mais généralisée à toute la surface du corps ; rougeur vive du membre traité ; accélération du pouls et élévation légère et momentanée de la température centrale ; enfin, diminution ou même disparition rapide, quelquefois immédiate, de la douleur et retour des mouvements que cette douleur rendait impossibles. Ce mode de traitement est de trop fraîche date pour permettre une conclusion formelle, mais les résultats en semblent fort encourageants.

Les *bains de sable* (ou arénation), très anciennement connus, employés, dit-on, par les Arabes du désert qui utilisent pour cela les sables surchauffés par le soleil, semblent redevenus en vogue.

Grawitz en a récemment précisé le mode d'emploi. Le sable chaud peut être employé localement : il suffit pour cela d'immerger le membre malade dans un récipient rempli de sable chauffé, ou de projeter sur le membre un jet du même sable. Mais ce sont surtout les bains généraux qui semblent efficaces. Voici la manière de procéder : on verse dans une baignoire une couche de sable préalablement chauffé à 50°, d'une épaisseur de 15 centimètres environ ; le malade s'étend sur cette couche, la tête soutenue par un oreiller ; il est privé ainsi de tout contact avec la paroi métallique de la baignoire ; puis on le recouvre jusqu'au cou de sable chaud ; après quoi, pour éviter le rayonnement, la baignoire elle-même est enveloppée d'une épaisse couverture de drap. La durée de ce bain est de vingt à trente minutes.

La première impression accusée par le malade est une vive sensation de chaleur coïncidant avec une élévation de la température centrale perceptible au thermomètre ; puis une sudation intense s'établit, pouvant atteindre un kilo et demi, et la température redevient normale. C'est à peu près ce qui se passe dans l'étuve sèche.

Les effets obtenus sont la sédation des douleurs et la diminution des déformations.

4° Cures thermales.

Il n'est pour ainsi dire pas de station thermale qui n'ait été conseillée, et non sans succès, contre le rhumatisme chronique. C'est à notre avis la preuve que la minéralisation des eaux ne joue ici qu'un rôle secondaire et que la température des bains, leur mode d'administration, les soins accessoires qui les accompagnent (douches, massages, frictions, etc.) donnés dans les établissements thermaux avec une compétence spéciale secondée par un outillage perfectionné, ont au contraire la plus haute valeur. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le malade soumis à la cure thermale, soustrait à ses occupations et soucis habituels, observe une hygiène physique et morale plus judicieuse, est mieux surveillé et, en un mot, se soigne beaucoup mieux que chez lui.

Ceci dit, il ne faudrait pas croire pourtant que, pour un cas donné, le choix d'une station soit indifférent : chacun des grands groupes thermaux a ses indications et ses contre-indications. Envisageons successivement les eaux sulfureuses, chlorurées sodiques, arsenicales, indifférentes ou indéterminées.

Les *eaux sulfureuses*, assez nombreuses et assez variées en France pour qu'il soit inutile de recourir à celles de l'étranger, sont de deux types principaux : sulfatées sodiques (*Amélie-les-Bains*, *Ax*, *Barèges*, *Saint-Sauveur*, *Bagnères-de-Luchon*, *Vernet*, etc...) ou sulfatées calciques (*Aix-les-Bains*, *Saint-Honoré*, *Allevard*, etc.). Toutes ces eaux sont d'une thermalité plus ou moins élevée ; elles sont excitantes, agissent fortement sur la peau qui devient souvent le siège d'éruptions, activent la com-

bustion des matériaux azotés, comme le prouve l'augmentation du taux de l'urée et de l'acide urique excrétés ; elles agissent donc favorablement sur la nutrition générale.

Elles conviennent aux rhumatismes chroniques à allure torpide, à poussées aiguës peu intenses et espacées ; elles sont surtout efficaces contre les variétés arthritiques. Elles ne devront être prescrites qu'en dehors et à plusieurs mois de distance des poussées aiguës ; elles seront déconseillées aux sujets trop âgés, neurasthéniques ou simplement nerveux, excitables, et surtout affectés de déterminations viscérales (cardiopathies, albuminurie, etc.).

Les eaux *chlorurées sodiques* (*Bourbonne*, *Bourbon-Lancy*, *Bourbon-l'Archambault*, *Salins-du-Jura*, *Salies-de-Béarn*, *Rheinfelden*, *Wiesbaden*, etc.) ont à peu près les mêmes effets et par suite les mêmes indications et contre-indications que les eaux sulfureuses ; en outre, par leurs propriétés toniques, elles sont particulièrement utiles aux débilités, aux anémiques, aux lymphatiques, aux scrofuleux ; elles sont plus actives que les autres contre la polyarthrite déformante.

Les *eaux arsenicales*, dont *la Bourboule* est le type, agissent à la façon des bains arsenicaux de Gueneau de Mussy ; elles ont comme indication particulière la polyarthrite déformante des scrofuleux.

Les *eaux indéterminées*, telles que *Néris*, *Luxeuil*, *Forges-les-Eaux*, *Chaudesaigues*, *Alet*, *Bagnoles*, *Lamalou*, etc., conviennent à peu près également à tous les cas de rhumatisme chronique. Elles ne présentent que peu de danger. On les conseillera de préférence aux sujets neurasthéniques, excitables, enclins aux poussées aiguës fréquentes.

Enfin nous accordons une grande valeur au traitement par les *boues végéto-minérales* chaudes, tel qu'on le pratique à *Dax*, à *Saint-Amand*, à *Balaruc*, à *Barbotan*. Peut-être le limon dans lequel le corps est partiellement ou totalement immergé n'agit-il qu'en raison de ses propriétés physiques, notamment de sa faible conductibilité à la chaleur qui permet de prolonger le bain à la température à peu près constante de 40° à 42°.

Toujours est-il que, même dans les cas de polyarthrite déformante les plus rebelles, nous avons vu résulter de ce traitement des améliorations incontestables.

Nous ne pouvons clore ce chapitre sans mettre en garde contre les inconvénients, parfois même les dangers que peuvent présenter les bains et les cures thermales malencontreusement conseillés. Il faut se défier des bains à haute température, des bains de vapeur, des bains d'air à l'étuve sèche chez les sujets débilités, cachectiques ou même simplement avancés en âge. On ne saurait évidemment assigner un âge fixe après lequel ces bains doivent être proscrits ; la situation varie pour chaque malade ; mais d'une façon générale, nous conseillons la plus grande prudence après la soixantaine. De même, les affections du cœur, valvulaires et surtout myocardiques, les lésions de l'aorte et des gros vaisseaux, l'artériosclérose généralisée, constituent une contre-indication formelle : dans ces cas, les bains peuvent produire, par voie réflexe, des troubles circulatoires qui se traduisent par des congestions et même des hémorragies viscérales graves. Plus d'une fois, la mort subite a été la conséquence d'une imprudence de ce genre.

Les lésions rénales avancées, qui tiennent constamment le malade sous la menace de l'insuffisance urinaire, sont une contre-indication non moins formelle : la suractivité de la peau provoque une sudation qui diminue d'autant la sécrétion rénale au grand détriment de la dépuration de l'organisme, qui se fait, il ne faut pas l'oublier, beaucoup plus activement par l'urine que par la sueur. Nous n'ignorons pas que ces craintes semblent à beaucoup de médecins un peu théoriques, c'est-à-dire pratiquement négligeables : nous n'en persistons pas moins à croire qu'elles sont justifiées.

5° Intervention chirurgicale.

L'intervention chirurgicale peut enfin s'appliquer dans des cas, il est vrai, exceptionnels : les indications en sont forcément restreintes, puisqu'elles sont naturellement bornées aux formes

mono-articulaires. Le résultat, en tous cas, ne saurait être qu'orthopédique.

En présence d'attitudes vicieuses, de troubles fonctionnels graves, de douleurs insupportables, on peut être amené à conseiller la section de brides tendineuses ou fibreuses, ou même la résection d'extrémités osseuses déformées ou subluxées ; c'est ainsi que la résection d'une tête métatarsienne a pu parfois supprimer une infirmité et rendre la marche possible.

Les faits de Zésas, Cornil, Bosc et Müller, relatifs à des résections de la hanche, du genou et du poignet sont trop peu nombreux pour justifier une conclusion : il semble en résulter pourtant que l'intervention conviendra surtout aux arthrites déformantes des sujets jeunes et devra par contre être écartée chez les sujets âgés, notamment pour le morbus coxæ. Dans nombre de cas, Müller aurait pratiqué avec succès la résection de la synoviale : même au bout de trois ou quatre ans, il n'y aurait pas eu de récidive.

Certaines éventualités, d'ailleurs fort rares, sont encore justiciables du traitement opératoire, comme dans le cas suivant que nous avons pu récemment observer. Chez une dame atteinte d'arthrite sèche du genou droit, avec ostéophytes, se produisit brusquement une douleur violente avec impossibilité d'étendre la jambe sur la cuisse. La flexion volontaire ou provoquée était possible, facile même, et complètement indolente, mais si l'on voulait pousser l'extension au delà d'une limite toujours la même, on se heurtait à une résistance invincible. Il n'y avait d'ailleurs aucune contracture musculaire. La brusquerie du début, la violence de la douleur, l'arrêt du mouvement à un point fixe, nous firent diagnostiquer un corps étranger (ostéophyte, débris cartilagineux ou synovial) enclavé entre le condyle du fémur et le plateau tibial. M. Lannelongue, qui voulut bien voir avec nous la malade, confirma le diagnostic dont nous eûmes la preuve absolue par les rayons de Röntgen. Il est évident qu'en pareil cas, toute opération, jusques et y compris l'arthrotomie, ayant

pour effet de dégager le corps étranger enclavé, est parfaitement rationnelle.

C. — TRAITEMENT INTERNE.

Nous n'avons pas la prétention d'énumérer toutes les médications internes préconisées contre les rhumatismes chroniques : leur multiplicité même est la preuve de leur insuffisance, et, de fait, nous devons moins compter sur elles que sur les agents extérieurs que nous venons d'étudier.

La médication varie suivant que le malade est au cours d'une poussée aigüe ou dans une période torpide.

A l'état aigu, le traitement externe se réduit à des applications révulsives ou résolutives (*cataplasmes sinapisés, enveloppements ouatés,* humides ou phéniqués, embrocations, etc.) ou calmantes (*liniment chloroformé, baume tranquille, laudanum, pommades à l'opium,* à la *belladone,* à la *jusquiame*), moyens d'une efficacité douteuse et qui doivent céder le pas au traitement médicamenteux. Celui qui nous paraît le meilleur est celui qu'avait adopté Charcot, reconnaissant d'ailleurs qu'il ne s'agissait là que d'un traitement empirique. Ce traitement, trop démodé à notre avis, consiste à associer la quinine aux alcalins à haute dose.

Le *bicarbonate de soude* sera prescrit à la dose quotidienne de 10 grammes pris en trois fois, à l'heure des repas, soit en cachets, soit simplement délayé dans un peu d'eau. Cette dose est tout à fait inoffensive : Charcot, qui a donné jusqu'à 40 grammes par jour, n'a jamais vu chez ses malades aucun affaiblissement, aucun symptôme de cette « dissolution du sang » dont on a fait si grand bruit. Ils avaient même une tendance à engraisser et dans la plupart des cas, étaient manifestement soulagés.

La *quinine*, de préférence sous forme de sulfate, sera donnée à la dose de 50 à 60 centigrammes par jour, pendant une semaine et plus, s'il y a lieu.

En cas d'échec de cette médication, on sera autorisé à

recourir aux préparations *salicylées* ; voici comment nous les prescrivons d'habitude :

℞ Acide salicylique..... 50 centigr.
Pour un cachet.

Deux ou trois cachets par jour. Faire ingérer après chaque cachet trois quarts de verre de liquide.

Ou bien :

℞ Salicylate de soude..... 10 grammes.
Eau distillée..... 125 —
Sirop de groseilles..... 25 —
Dissolvez ; de quatre à six cuillerées par jour.

Diminuer le nombre des cuillerées à mesure que les douleurs s'atténuent.

On pourrait aussi administrer le *salicylate de lithine* à la dose de 5 ou 6 grammes par jour, comme le conseillait Vulpian ; ou le *salol*, à la dose de 3 à 4 grammes, par cachets, de 50 centigrammes ou le *salophène* à la même dose.

Il sera bon de prescrire concurremment le bicarbonate de soude à la dose indiquée plus haut.

Ces composés salicylés, sans être aussi efficaces que dans le rhumatisme articulaire aigu, atténuent généralement la douleur, mais leur emploi doit être étroitement surveillé. Comme ils s'éliminent par le rein, ils peuvent ainsi enflammer cet organe ; aussi, chez les albuminuriques, conseillons-nous de n'employer que des doses faibles et pendant peu de temps. Le salol notamment qui, dans le tube digestif, se décompose en acide salicylique et acide phénique, offre des dangers d'intoxication. Il faudra examiner quotidiennement l'urine des malades soumis à ce médicament et en suspendre l'administration dès qu'elles prendront la teinte foncée caractéristique de l'élimination des phénols.

L'*antipyrine* pourra être aussi employée à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Il faudra se souvenir qu'elle donne fréquemment des sueurs profuses et prédispose au collapsus cardiaque, sans préjudice d'éruptions cutanées plus ou moins désagréables. Il faudra donc en surveiller les effets chez les malades débilités et affectés d'albuminurie ou de cardiopathies.

Il sera bon en outre, pour faciliter l'élimination rapide de ces divers médicaments, de soumettre les malades à la diète lactée intégrale ou tout au moins partielle.

Nous ne rappelons que pour mémoire les préparations de *colchique* qui cependant auraient donné à J. Simon des résultats satisfaisants dans le rhumatisme déformant des enfants.

Pendant les périodes torpides, la médication de choix est la médication *iodique*; mais tandis que l'iode en nature convient surtout à la polyarthrite déformante, les iodures semblent préférables pour les rhumatismes diathésiques.

Pour l'administration de l'iode en nature, nous nous conformons à la pratique de Lasègue : la *teinture d'iode* à l'intérieur est bien supportée, mais à la condition expresse d'être donnée au moment des repas. De cette façon, elle ne provoque pas de gastralgie, n'entrave pas la digestion et n'occasionne ni vomissements, ni diarrhée, ni ivresse iodique. Elle est même acceptée sans répugnance en prenant pour véhicule l'eau sucrée, le vin d'Espagne ou mieux encore le lait. Nous la prescrivons de la manière suivante : quatre gouttes dans un peu de lait au milieu de chacun des deux principaux repas : augmenter la dose d'une goutte par repas, de manière à arriver graduellement à vingt gouttes par jour. S'en tenir à cette dose pendant quinze jours, puis cesser complètement pendant une semaine. Recommencer ensuite une nouvelle série suivie d'une nouvelle période de repos, et ainsi de suite pendant plusieurs mois.

En cas d'insuccès, on peut recourir à des doses plus élevées, trente et même quarante gouttes par jour. Rappelons à ce propos que Lasègue est allé jusqu'à 5 et 6 grammes par jour sans inconvénient appréciable. Nous n'avons personnellement aucune expérience de ces fortes doses, mais Œttinger a observé des phénomènes gastriques, lorsqu'il a voulu pousser les doses au delà d'une cinquantaine de gouttes.

Il n'est pas étonnant que les iodures, si utiles contre les diverses manifestations arthritiques, aient une action particulièrement favorable sur les rhumatismes chroniques liés à cette diathèse.

Les plus usités sont les *iodures de potassium*, de *sodium*, de *strontium*. Nous employons exclusivement l'iodure de potassium qui nous semble de beaucoup le plus actif, en simple solution aqueuse d'après la formule suivante :

℞ Iodure de potassium.....	5	grammes.
Eau distillée.....	150	—

Dissolvez.

Une cuillerée à bouche immédiatement avant l'un des repas dans un demi-verre de lait ou de bière.

Une cuillerée renferme 50 centigrammes d'iodure ; cette dose faible nous paraît suffisante à la condition d'être administrée trois semaines par mois pendant un temps indéfini.

En cas d'intolérance gastrique, d'ailleurs assez rare, la même solution, à la même dose, peut être administrée en lavement. Chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, on ordonnera de préférence le sirop d'*iodure de fer* ou le sirop *iodotannique*.

Enfin la *benzo-iodhydine*, toujours facilement supportée, nous a paru fournir des résultats encourageants.

Dans ces derniers temps, on a aussi recommandé l'*acide iodique* et l'*iodate de soude*. L'acide iodique s'emploie en frictions sur les articulations douloureuses sous forme de pommade à 5 ou 10 p. 100 ; l'iodate de soude, en pilules de 15 centigrammes (trois ou six par jour), ou en injections hypodermiques (5 à 20 centigrammes en une fois).

Liebreich, Ruhemann ont obtenu ainsi des résultats favorables. Œttinger a eu un échec complet dans un cas de polyarthrite déformante et obtenu par contre une amélioration rapide dans un reliquat de rhumatisme articulaire aigu.

L'*arsenic* aurait fourni de bons effets entre les mains de Guéneau de Mussy : il produirait d'abord une exaspération de tous les symptômes, suivie d'une amélioration progressive et durable. Charcot se montre beaucoup plus sceptique. Nous croyons à une efficacité réelle chez les anémiques, les lymphatiques, les scrofuleux, surtout en associant les préparations

arsenicales et iodurées. Voici la formule que nous employons d'ordinaire :

℞ Arséniate de soude.....	0gr.03	centigr.
Iodure de potassium.....	5	grammes.
Eau distillée.....	150	—

Dissolvez.

Une cuillerée à bouche avant le déjeuner, dans une demi-tasse de lait, pendant trois semaines consécutives suivies d'une semaine de repos.

Signalons encore la *teinture ammoniacale de gaïac* recommandée par Charcot (elle aurait les mêmes effets que l'arsenic), enfin l'ichthyol sous forme de pilules de 10 centigrammes, au nombre de quatre ou cinq par jour.

III

Conclusions et résumé.

Il nous reste maintenant à résumer en quelques lignes le mode de traitement particulier à chaque variété de rhumatisme chronique.

1° Rhumatisme chronique simple. — Pronostic relativement bénin.

A l'*extérieur*, massage, électricité, frictions, douches locales, bains sulfureux, de vapeur, d'air chaud, de sable, cures thermales sulfureuses.

A l'*intérieur*, alcalins, iodure de potassium et en cas de retour à l'état aigu, sulfate de quinine, salicylate de soude.

2° Nodosités d'Heberden. — Peu de chances de rétrocession; *traitement externe* peu efficace ; à l'intérieur, *iodure de potassium*.

3° Rhumatisme chronique partiel. — Peu de chance de rétrocession, surtout chez les vieillards. *Traitement externe* comme pour le rhumatisme chronique simple ; dans certains cas exceptionnels, intervention chirurgicale. A *l'intérieur*, iodures, teinture d'iode.

4° Polyarthrite déformante. — Évolution essentiellement

envahissante et progressive, ne pouvant guère être que retardée.

A l'*extérieur*, vêtements de flanelle, massage, frictions, électricité, bains chauds suivant la méthode de Lasègue, bains locaux d'air sec surchauffé, bains de sable, cures thermales sulfureuses (sujets non excitables), chlorurées (sujets lymphatiques, anémiques, débilités), arsenicales (sujets scrofuleux). Dans la plupart des cas, surtout au début, boues thermales.

A l'*intérieur*, *alcalins* à haute dose, *huile de foie de morue, teinture d'iode, iodure de potassium* associé à l'*arséniate de soude, iodure de fer, sirop iodo-tannique, teinture ammoniacale de gaïac*, etc., etc. Au cours des poussées aiguës, alcalins, *sulfate de quinine, salicylate de soude, salol, antipyrine*. D'une façon générale, étant donnée la ténacité désespérante de la maladie, essayer successivement tous les moyens, tant médicamenteux qu'extérieurs, signalés dans le présent travail.

Rhumatisme fibreux, même traitement que pour la polyarthrite déformante.

TABLE DES MATIÈRES

DU FASCICULE XV

TRAITEMENT DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

DEUXIÈME PARTIE

NÉVROSES — TROUBLES TROPHIQUES — MALADIES DES NERFS

CHAPITRE PREMIER

Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les névroses, par Gilbert Ballet.

Pages.

I. *Notions de pathologie* 1

II. *Indications thérapeutiques générales*. 9

CHAPITRE II

Traitement de l'épilepsie, par Ch. Féré.

I. *Considérations générales*. 15

II. *Traitement*. 18

A. Traitement des paroxysmes, p. 18.
B. Traitement des causes occasionnelles, p. 24.
C. Traitement antispasmodique, p. 38.

III. *Des bromures dans le traitement de l'épilepsie*. 48

A. Mode d'administration et action thérapeutique, p. 48.
B. Du bromisme, p. 58.

IV. *Des agents physiques dans le traitement de l'épilepsie*. 68

CHAPITRE III

Traitement de l'épilepsie partielle, par A. Pitres.

Pages.

I. *Considérations générales*. 70

A. Définition. — Valeur séméiologique de l'épilepsie partielle, p. 70.
B. Diagnostic, p. 73.

II. *Traitement*. 75

A. Traitement médicamenteux, p. 76.
B. Traitement palliatif. — Arrêt des accès par la compression des membres au-dessus du siège de l'aura motrice, p. 77.
C. Traitement curatif, p. 79.
1° Vésicatoires circulaires appliqués au-dessus du siège e l'aura, p. 79. — 2° Intervention chirurgicale, p. 80.

CHAPITRE IV

Traitement de l'hystérie, par Gilles de la Tourette.

I. *Considérations générales*. . . . 83

II. *Traitement prophylactique*. 87

III. *Traitement curatif de l'hystérie en général*. 97

A. Indications générales, p. 97.
B. Hypnotisme et suggestion, p. 98.
C. Isolement, p. 100.
D. Traitement externe, p. 102.
1° Hydrothérapie, p. 102. — 2° Électricité, p. 107.
E. Traitement médicamenteux, p. 109.

IV. *Traitement des manifestations hystériques en particulier*. . . 111

A. Traitement des attaques, p. 111.
B. Traitement de l'hyperesthésie, p. 119.
C. Traitement de l'anesthésie, p. 121.
D. Traitement des contractures, p. 123.
E. Traitement des paralysies, p. 127.
F. Traitement des troubles trophiques, p. 129.
G. Traitement de l'hystérie viscérale, p. 131.
1° Hémorragies, p. 131. — 2° Troubles digestifs, p. 132.

V *Traitement de l'hystéro-traumatisme* 135

CHAPITRE V

Traitement psychologique de l'hystérie, par PIERRE JANET.

Pages.

I. *L'hystérie maladie mentale. — Notions pathologiques sur l'état mental des hystériques et indications thérapeutiques générales* 140

A. Caractère psychologique des phénomènes hystériques, p. 140.
B. Thérapeutique mentale, p. 142.

II. *Rôle des idées fixes dans les accidents hystériques* 143

A. Importance de l'idée fixe, p. 143.
B. Idée fixe ancienne et latente, p. 144.
C. Idée fixe primaire et idées fixes secondaires, p. 146.
D. Nature ou contenu des idées fixes, p. 149.
E. Caractère subconscient des idées fixes, p. 150.

III. *La faiblesse de synthèse mentale* 152

A. La prédisposition aux idées fixes, p. 152.
B. La suggestibilité, p. 155.
C. Le rétrécissement du champ de conscience. — Les anesthésies, p. 154.
D. La désagrégation de l'esprit, p. 155.
E. La faiblesse mentale, p. 156.

IV. *Traitement des idées fixes. — Procédés d'éducation* 158

A. Importance du traitement des idées fixes, p. 158.
B. La récompense, la menace, l'émotion religieuse, p. 162.
C. Inconvénients de ces procédés, p. 163.

V. *L'isolement* 164

A. Le traitement par l'isolement, p. 164.
B. Les avantages psychologiques de l'isolement, p. 165.
C. Inconvénients de l'isolement, p. 167.

VI. *Le traitement par le sommeil hypnotique* 168

A. Importance de l'hypnotisme dans la thérapeutique de l'hystérie, p. 168.
B. Dangers immédiats de l'hypnotisme, p. 169.
C. Dangers éloignés de l'hypnotisme, p. 171.
D. Les séances d'hypnotisme, p. 173.
E. Les procédés pour déterminer l'hypnose, p. 176.
F. Développement du sommeil hypnotique, p. 177.

VII. *La suggestion et la dissociation de l'idée fixe* 179

A. Disparition spontanée des accidents pendant l'hypnose, p. 179.
B. Usages de la suggestion, p. 181.
C. Les effets thérapeutiques de la suggestion, p. 183.
D. Recherche de l'idée fixe primaire, p. 185.
E. Dissociation de l'idée fixe, p. 186.

Pages.

VIII. *Traitement de la faiblesse mentale* 188

A. Les rechutes, p. 188.
B. La passion somnambulique, p. 188.
C. La place et le rôle du traitement physique de l'hystérie, p. 190.
D. Le sommeil artificiellement prolongé, p. 191.
E. L'œsthésiogénie, p. 193.
F. Résultats de l'œsthésiogénie, p. 199.
G. Éducation de l'attention, p. 200.

IX. *Le besoin de direction* 203

A. Simplicité de la vie, p. 203.
B. La direction morale, p. 205.

X. *Traitement psychologique de quelques accidents particuliers*. . 207

A. Les hyperesthésies, p. 207.
B. Les tics et les chorées, p. 208.
C. Les paralysies, p. 209.
D. Les contractures, p. 210.
E. Les attaques. — Les somnambulismes, p. 212.
F. Les insomnies, p. 214.
G. Les délires. — L'anorexie, p. 214.

XI. *Conclusion*. 216

CHAPITRE VI

Traitement des convulsions de l'enfance, par H. Bichardière.

I. *Considérations générales*. 217

II. *Traitement*. 219

A. Indications générales, p. 220.
B. Traitement de la crise convulsive, p. 221.
C. Traitement de la crise d'éclampsie suivant sa cause, p. 223.
1° Éclampsie essentielle, dont la cause reste ignorée, p. 223. — 2° Éclampsie due à des troubles digestifs, p. 226. — 3° Éclampsie due à une maladie aiguë, p. 227. — 4° Éclampsie liée à la dentition, p. 227. — 5° Éclampsie vermineuse, p. 228. — 6° Éclampsie urémique, p. 228.

III. *Prophylaxie de l'éclampsie des enfants*. 228

CHAPITRE VII

Traitement de la neurasthénie, par E. Brissaud.

I. *Considérations générales*. 231

II. *Traitement*. 237

A. Agents chimiques, médication, p. 237.
1° Phénomènes céphaliques, p. 239. — 2° Insomnie, p. 240.

Pages.

— 3° Vertiges, p. 242. — 4° Troubles dyspeptiques, p. 242. — 5° Troubles intestinaux, p. 245. — 6° Troubles génitaux, p. 246. — 7° Symptômes cardiaques : palpitations, fausse angine de poitrine, anxiété paroxystique, p. 247.

B. Agents physiques, p. 248.

1° Hydrothérapie, p. 248. — 2° Électricité, p. 250.

C. Agents mécaniques, p. 252.

1° Psychothérapie, p. 252. — 2° Repos, p. 255. — 3° Distractions. — Emploi du temps, p. 257. — 4° Isolement, p. 261.

CHAPITRE VIII

Traitement de la maladie de Parkinson, par Henry Meige.

I. *Considérations générales*. 262

II. *Indications thérapeutiques générales*. 263

III. *Traitement des symptômes spéciaux*. 265

A. Tremblement, p. 265.

B. Raideur musculaire, p. 271.

IV. *Traitement des symptômes généraux*. 277

V. *Traitement psychique*. 278

CHAPITRE IX

Traitement des chorées arythmiques, par M. Lannois

I. *Considérations générales*. 281

II. *Chorée de Sydenham*. 282

A. Notions pathogéniques, p. 282.

B. Traitement médicamenteux, p. 286.

1° Médicaments nervins, p. 289. — 2° Médicaments hypnotiques, p. 291. — 3° Médicaments s'adressant à l'état général, p. 293.

C. Traitement externe et hygiénique, p. 295.

D. Traitement selon les formes, p. 299.

III. *Chorées chroniques progressives*. 301

IV. *Chorées symptomatiques* 302

A. Considérations générales, p. 302.

B. Traitement, p. 306.

V. *Chorées électriques*. 308

A. Considérations générales, p. 308.

B. Traitement, p. 309.

CHAPITRE X

Traitement des myoclonies, par M. LANNOIS.

Pages

I. *Considérations générales*. 311
II. *Traitement*. 312

CHAPITRE XI

Traitement des névroses périphériques, par L. BAUMEL.

I. ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS

I. *Considérations générales*. 315
II. *Traitement*. 317

II. ÉRYTHROMÉLALGIE

I. *Considérations générales*. 317
II. *Indications thérapeutiques*. 319

III. ACROPARESTHÉSIE DE SCHULTZE

Considérations générales. 320
II. *Indications thérapeutiques*. 320

CHAPITRE XII

Traitement des migraines, par EDGARD HIRTZ.

I. *Considérations générales*. 322

A. Migraine vulgaire, p. 322.
B. Migraine ophthalmique, p. 325.
C. Migraine ophthalmoplégique, p. 331.

II. *Notions étiologiques*. 333
III. *Pathogénie*. 338
IV. *Traitement des accès* 340

A. Médication interne, p. 340.
B. Médication externe, p. 345.

V. *Traitement prophylactique*. 347

CHAPITRE XIII

Traitement de l'acromégalie, par G. Sarda.

Pages.

I. *Considérations générales*. 357
II. *Traitement*. 362

CHAPITRE XIV

Traitement des polynévrites, par P. Marie.

I. *Considérations générales*. 365
II. *Indications thérapeutiques*. 369

CHAPITRE XV

Traitement des névralgies, par L. Baumel.

I. *Considérations générales*. 372
II. *Indications thérapeutiques*. 373

A. Traitement général, p. 373.
1° Analgésiques, p. 373. — 2° Anesthésiques, p. 377. — 3° Révulsifs, p. 378. — 4° Électricité, p. 378.
B. Indications spéciales, p. 378.
C. Moyens empiriques, p. 380.
D. Traitement chirurgical, p. 380.

III. *Indications tirées du siège de la névralgie*. 381

A. Névralgie faciale, p. 381.
B. Névralgie intercostale, p. 383.
C. Névralgie sciatique, p. 384.

CHAPITRE XVI

Traitement des terreurs nocturnes, par J. Comby.

I. *Considérations générales*. 386
II. *Traitement*. 389
III. *Prophylaxie*. 391

CHAPITRE XVII

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine, par J. Comby.

Pages.

I. *Considérations générales* 393

II. *Traitement* 395

A. Hygiène thérapeutique, p. 396.
B. Traitement proprement dit, p. 398.

III. *Conclusions* 408

CHAPITRE XVIII

Traitement de la spermatorrhée, par J. Comby.

I. *Considérations générales* 409

II. *Traitement* 412

CHAPITRE XIX

Traitement de l'onanisme, par J. Comby.

I. *Considérations générales* 415

II. *Traitement* 418

III. *Prophylaxie* 423

CHAPITRE XX

Traitement du rhumatisme chronique, par P. Bourcy.

I. *Aperçu nosologique* 425

II. *Traitement* 430

A. Hygiène générale, p. 431.
C. Traitement externe, p. 433.
1° Massage, p. 433. — 2° Électrisation, p. 434. — 3° Bains, p. 434. — 4° Cures thermales, p. 438. — 5° Intervention chirurgicale, p. 440.

III. *Conclusions et résumé* 446

3 2044 047 336 797

3 2044 047 336 797